وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الجزائر
كليـــــة العلـــــــوم الإجتماعية
قسم علم الإجتماع

وفيات الأطفال الرضع (0-1 سنة)
تأثير العوامل الاجتماعية، الاقتصادية و الديموغرافية
دراسة ميدانية بالمركزين الاستشفائيين
مصطفى باشا و بني مسوس الجزائر

رسالة لنيل شهادة ماجستير في علم الإجتماع

- تخصص ديموغرافيا -

إعداد الطالب
مصطفى عمور

الإشـــــــراف
الدكتور بوتفنوشات مصطفى

أكتـــــوبر 2001

** كلمة شكر **

الحمد و الشكر لله العلي العظيم

أوله و أخره نشكر بالدرجة الأولى الأستاذ المشرف

" مصطفى بوتفنوشات" الذي لم يبخل علينا بتشجيعاته في ثنايا البحث.

كما نتقدم بخالص التقدير و الإحترام إلى كل الفريق الطبي و الشبه الطبي بمصلحة التوليد و أمراض النساء بمصطفى باشا و بني مسوس، كما نشكر القابلة بن زيادة نسيمة و شفيقة خلوف بمصلحة التوليد . و لا ننسى أن نتوجه بالشكر إلى الأخ نبيل ، صبرينة ، ليلى و الأنسة نوال بمصلحة طب الأطفال كما نشكر جزيلا عائلة بوزكرية و الأخوات هدى و نادية وكذا غنية و كريمة بقسم علم المكتبات و التوثيق . و لا ننسى كذلك كل موظفين المكتبة الجامعية على رأسهم نسيم بن زيدان ،و إلى كل من مد و ايد العون و المساعدة سواء كان ذلك من قريب أو من بعيد لإنجاز هذا العمل . مني لكم جميعا جزيل الشكر

** مصطفى **

** الإهـــــــداء **

أهدي عملي هذا إلى والدي الكريمين

اللذان أكن لهما كل الحب و الإحترام و التقدير

إلى إخوتي : نسيم ، رضا ، ليليا و نسيمة كما أهديه إلى رفيقة دربي : نجاة

إلى أعز أصدقائي : سفيان و زوجته و الكنكوتة الصغيرة فتيحة

إلى خالي محمد ، خالتي مهدية و أولادها ، عائلة خيار

و إلى طاهر ، مولود ، و نور الدين .

و إلى كل من أحب .

** مصطفى **

الفهرس

مقدمة

القسم الأول: الإطار المنهجي و النظري للبحث.

الفصل التمهيدي

البناء المنهجي للبحث

- الإشكاليـــــة 03
- الفـــــرضيات 05
- أهمية الدراسة 06
- أسباب اختيار الموضوع 06
- تحديد المفاهيم الأساسية 08
- الدراسات السابقة 11

الفصـــــل الأول:

الوضع السكاني والسياسة الجزائرية في الميدان الصحي.

المبحث الأول: الوضعية السكانية في الجزائر 32

المبحث الثاني: السياسة الصحية في الجزائر..... 39

المبحث الثالث: البرامج الصحية والوسائل الأساسية الخاصة بخفض معدل وفيـات الأطفال الرضع في الجزائر 44

الفصـــــل الثاني :

الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع وأسباب المتعلق بوفاتهم.

المبحث الأول: الوضعيـــة الصحيـــة الخاصـــة بالأطفـــال الرضـــع 60

1- الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع في العالم 60

2- الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع في الجزائر 63

المبحث الثاني: أسبـــاب وفيـــات الأطفـــال الرضـــع 67
1- أسباب وفيات الأطفال الرضع في العالم 67
2- أسباب وفيات الأطفال الرضع في الجزائر 71

الفصـــل الثالث:

تأثيـــر العوامل الإجتماعية والإقتصادية والديموغرافية في تفاقم ظاهـــرة وفيـــات الأطفـــال الرضـــع.

المبحـــث الأول: أثـــر العـــوامل الإجتماعيـــة علـــى وفيـــات الرضـــع ...81
المبحث الثاني: أثـــر العـــوامل الإقتصاديـــة علـــى وفيـــات الرضـــع..... 86
المبحث الثالث: أثـــر العـــوامل الديموغـــرافيـــة علـــى وفيـــات الرضع....89

الفصـــــل الرابـع:

وصـــف ظاهـــرة وفيـــات الأطفـــال الرضع من خلال معطيـــات الملفـــات الصحيـــة لـــ مركـــز الإستشفائي الجامعي لـــ مصطفى باشـــا.

المبحـــث الأول : 103
- تطور وتركيبة وفيات الأطفال الرضع 103
- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب السن والجنس 107
المبحـــث الثـــاني : 111
- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب 111
- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب مكان الإقامة.....112
- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب وسط الولادة 113
المبحـــث الثـــالـــث : 115
- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نوعية الولادة 115
- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب رتبة الولادة 116
- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نوعية الرضاعة 118
- الإستنتـــاجـــات و الخـــلاصـــة 120

القسم الثاني: نتائج البحث الميداني و مناقشتها.

الفصـــــل الأول:
الإجـــراءات المنهجيـــة لدراســـة الميدانيـــة

المبحـــث الأول: تحـــديد أدوات الـــدراسة ومكـــان البحـــث 125
- مجالات البشرية والجغرافية والزمنية 125
- عينة البحث 128
- تكوين الجداول ومعالجتها 132

المبحـــث الثـــانـــي: الخصـــائص العـــامة للحـــالات المـــدروسة 136
- تصنيف المبحوثات حسب المستوى التعليمي 136
- تصنيف المبحوثات حسب النشاط المهني 137
- تصنيف المبحوثات حسب حالتهم المدنية 138
- تصنيف المبحوثات حسب سن الإنجاب 139
- تصنيف المبحوثات حسب النشاط المهني للأزواج 140
- تصنيف المبحوثات حسب المستوى التعليمي للأزواج 141
- تصنيف المبحوثات حسب نوع السكن 143

الفصـــــل الثانـي:
تأثيـــر العوامل الإجتماعية والإقتصادية والديموغرافية على وفيـــات الأطفـــال الرضـــع.

المبحـــث الأول: أثر العامل الإجتماعي على وفيات الرضع 147
- أثـــر المستوى التعليمي على المتابعة الصحية أثناء الحمل 147
- أثر المستوى التعليمي على الرتبة و عدد الأطفال..... 150
- أثـــر المستوى التعليمي على نوعية الرضاعة 153
- أثـــر المستوى التعليمي على الرغبة في الإنجاب..... 155
- أثـــر المستوى التعليمي على تفصيل جنس المولود 157

- أثــر المستوى التعليمي على تنظيم النسل 159
خلاصة و استنتاجات 163
المبحــث الثــانــي: أثــر العوامل الإقتصادية على وفيات الرضع 166
- أثــر الدخل الشهري على المتابعة الصحية أثناء الحمل 170
- أثــر الدخل الشهري على مكان الولادة 173
- أثــر النشاط المهني للأمهات على نوعية الرضاعة 175
خلاصة و استنتاجات 178
المبحــث الثــالــث: أثــر العوامل الديموغرافية على وفيات الرضع 181
- صحــة الأم :
- أثــر سن الأمهات على المتابعة الصحية أثناء الحمل 188
- أثــر سن الأمهات على وسط الولادة 190
- أثــر سن الأمهات على نوعية الولادة.....193
- أثــر سن الأمهات على عدد الأطفال (الرتبة المتوفي) 195
- أثــر الرتبة المتوفى على المتابعة الصحية.....197
- أثــر الرتبة المتوفى على نوعية الرضاعة 199
- أثــر سن الأمهات على تنظيم السن 201
ب- صحــة الــرضــع:
- أثــر السن على الجنس 203
- أثــر المتابعة الصحية على الوزن عند الولادة 205
- أثــر نوعية الولادة على الوزن عند الولادة 209
- أثــر السوابق الطبية للأمهات على الوزن 210
خلاصة و استنتاجات 215
الإستنتاجــات العــامــة 219
الخــاتمــة 225
مراجــع البحــث 228
المــلاحــــق

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	تطور المؤشرات الديموغرافية للفترة 1966 - 1985	33
02	تطور المؤشرات الديموغرافية للفترة 1986 - 1997	34
03	إنخفاض في معدل الوفيات الخام للفترة 1984 - 1995	35
04	تطور وفيات الأطفال (1 - 4 سنوات) للفترة 1981 -1996	36
05	تطور أمل الحياة عند الولادة للفترة 1983 - 1996	38
06	تطور البنيات الصحية للفترة 1962 - 1995	55
07	تطور النفاقات الدولة الموجهة للقطاع الصحي1979-1995	56
08	يمثل معدلات وفيات الأطفال المبكرة في مختلف جهات العالم	62
09	يمثل معدلات وفيات الأطفال الرضع في بعض الدول النامية لعام 1993	63
10	تطور معدلات وفيات الأطفال الرضع حسب الجنس 1981 - 1989	64
11	تطور معدلات وفيات الأطفال الرضع حسب الجنس 1990 - 1997	65
12	التقديرات المباشرة لمعدلات وفيات الأطفال الرضع طبق لمحل الإقامة و الجنس خلال الفترة (1987 - 1992)	65
13	أهم الأسباب المؤثرة على وفيات الأطفال الرضع في العالم	70
14	نسب الأطفال الرضع الذين عانوا من أغراض معينة خلال الأسبوعين السابقين قبل الوفاة .	72
15	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الجنس	73
16	التقديرات المباشرة لوفيات الأطفال الرضع طبق لسن الأمهات عند الإنجاب	74
17	التقديرات المباشرة لمعدلات وفيات الأطفال الرضع حسب مرتبة عند الولادة	77
18	التقديرات المباشرة الإحتمالات وفيات الأطفال الأقل من سنة طبق لمحل الإقامة و الجنس	77
19	التقديرات المباشرة لمعدلات وفيات الأطفال الرضع طبقا لبعض العوامل البيئية	78
20	توزيع وفيات الأطفال الرضع في المراكز الإستشفائي الجامعي لمصطفى باشا خلال فترة الدراسة (1995 - 1998)	103

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
21	توزيع وفيات المواليد الجدد لمعطيات مركز الإستشـــفائي الجـــامعي لمصطفى باشا خلال فترة الدارسة (1995 -1998)	104
22	توزيع وفيات المواليد الجدد لمعطيات مركز الإستشـــفائي الجـــامعي لمصطفى باشا خلال فترة الدراسة (1995 - 1998)	105
23	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المعطيات المركز الإستشـــفائي الجامعي لمصطفى باشا خلال فترة الدراسة (1995 - 1998)	106
24	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب السن المتوفي	107
25	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الجنس المتوفي	108
26	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب السن و الجنس المتوفي خـــلال الفترة 1995 - 1998	109
27	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عنـــد الإنجـــاب خلال الفترة 1995 - 1998	111
28	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب مكان الإقامة المتوفـــي للفـــترة الدراسة (1995 - 1998)	112
29	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عنـــد الإنجـــاب ووسط الولادة خلال فترة الدراسة (1995 - 1998)	113
30	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب و نوعية الولادة للفترة (1995 - 1998)	115
31	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب رتبة المتوفي بين الإخوة خـــلال فترة الدراسة (1995 - 1998)	116
32	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب و نوعية الرضاعة خلال الفترة الدراسة (1995 - 1998)	118
33	توزيع الأمهات حسب مستواهن التعلمي	136
34	توزيع الأمهات حسب نشاطهم المهني	137
35	توزيع الأمهات حسب حالتهم المدنية	138
36	توزيع الأمهات حسب سنهن عند الإنجاب	139
37	توزيع الأمهات حسب سنهن عند الزواج	140
38	توزيع الأمهات حسب النشاط المهني للأزواج	141
39	توزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي للأزواج	142

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
40	توزيع الأسر حسب نوع السكن	143
41	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي للأمهات و المتابعة الصحية أثناء الحمل	147
42	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الجهة المختارة من طرف الأمهات لمتابعة الصحية أثناء الحمل	149
43	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي للأمهات و رتبة المتوفى	150
44	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الساعات الأولى للرضاعة	152
45	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي للأمهات و نوعية الرضاعة	153
46	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي للأمهات و رغبة الأمهات في الإنجاب	155
47	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي و مدى التفصيل في الإنجاب	157
48	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي و طرق إستعمال منع الحمل	159
49	الطرق المستعملة لدى الأمهات المبحوثات	160
50	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الحاجيات التي يكتسبها الأسر في المنزل	166
51	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نوع السكن و عدد الغرف المنزل	167
52	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الدخل الشهري للأسرة	169
53	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الدخل الشهري للأسرة و المتابعة الصحية أثناء الحمل	170
54	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الدخل الشهري للأسرة و مكان الولادة	173
55	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب النشاط المهني للأمهات و نوعية الرضاعة	175
56	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب القرابة الزوجية للولدين	184

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
57	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب	185
58	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب و المتابعة الصحية أثناء الحمل	188
59	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب ومكان الولادة	190
60	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب و نوعية الولادة	193
61	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب و رتبة المولود المتوفى	195
62	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب تتبع الأمهات حملهن و عدد الأطفال	197
63	توزيع وفيات الأطفال حسب عـــدد الأطفـــال الأمـــهات و نوعيـــة الرضاعة	199
64	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب و إتباع طرق منع الحمل	201
65	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب السن و الجنس	203
66	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الوزن و الجنس	205
67	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الـــوزن و المتابعـــة الصحيـــة للأمهات أثناء الحمل	207
68	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الوزن و نوعية الولادة	209
69	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الوزن والسوابق الطبيةللأمهات	210
70	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب خضوعهم للإنعاش	212
71	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب مكان الوفاة	213

رقم الجدول	عنوان الشكل	الصفحة
01	بين فترات وفيات الأطفال الرضع و الأجنسة	102
02	بين توزيع الأمهات المبحوثات حسب مستواهن التعليمي	136
03	يبين توزيع الأمهات المبحوثات حسب مستواهن المهني	137
04	يبين توزيع الأمهات حسب السن عند الإنجاب	138
05	يبين توزيع الأمهات حسب سن عند الزواج	140
06	يبين توزيع الأزواج حسب مهنتهم	141
07	يبين توزيع الأزواج حسب المستوى التعليمي	142
08	يبين توزيع الأسر حسب نوع السكن	143
09	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي للأمهات و المتابعة الصحية	147
10	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي للأمهات و نوعية الرضاعة	153
11	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نوع السكن و عدد الغرف البيت	168
12	يبين الأصناف التي ينتمي إليها الراتب الشهري للأسرة	169
13	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الدخل الشهري للأسرة و المتابعة الصحية للأم أثناء الحمل	171
14	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الدخل الشهري و مكان الولادة	174
15	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب النشاط المهني للأمهات و نوعية الرضاعة	175
16	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب	186
17	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب و المتابعة الصحية أثناء الحمل	189
18	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات و رتبة المولود المتوفي	196
19	يبين مدى تتبع الأمهات حملهن و عدد الأطفال لديهن	198

رقم الجدول	عنوان الشكل	الصفحة
20	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نوعية الرضاعة و عدد الأطفال الأمهات	199
21	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب السن الجنس	203
22	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المتابعة الصحية للأمهات أثناء الحمل وزن الرضع عند الولادة	207

المقدمة:

إن الدراسات الحديثة لسكان تهتم بالعوامل المختلفة التي يمكن أن تؤثر في نمو السكان، كانسبة المواليد والوفيات بالزيادة أو النقصان، سواء كانت هذه العوامل طبيعية أو اجتماعية. وتعد الوفيات من بين الظواهر المؤثرة في النمو السكاني والمتحكمة فيه. وهي ظاهرة شغلت فكر الباحثين منذ الأزل فأنصبت اهتماماتهم حول إدراك هذه الظاهرة وتحديد مستوياتها ودرجة تغيرها.

تعتبر مرحلة الطفولة فترة حاسمة في تكوين الهرم السكاني، ولا يمكن الفصل فيهما عن واقع تركيبة الأسرة التي تعكس واقع التنظيم الاجتماعي إذ يعتبر العمل من أجل الأطفال جزء من الحركة الاجتماعية والاقتصادية .أكثر من ذلك يجب تأمين الحماية للأطفال من أهوال الأمراض الفتاكة، وتوفير الخدمات الأساسية التي تضمن بقائهم وسلامتهم خاصة الأطفال حدثي الولادة، باعتبارهم أكثر عرضة للأمراض من حيث ضعف مناعتهم الطبيعية والتي قد تكون السبب في وفاتهم.

رغم هذا الاهتمام الواسع بالطفولة إلا إن وفيات الأطفال الرضع لا تزال إحدى المشاكل التي توليها الهيئات الرسمية اهتماما بالغا بغاية التقليل من حدتها. وقد اتجهت في هذا الإطار السياسة الصحية في الجزائر منذ 1980م وهو التاريخ الذي أصدرت فيه مجموعة من القرارات المتعلقة بالصحة، نحو بلورة مجموعة من الأهداف الصحية التي تتعلق أساسا بخفض معدلات وفيات الأطفال الرضع، حيث تركزت مجمل التدخلات الصحية التي أوصت بها هذه اللجنة على توفير الخدمات الصحية الوقائية لمواجهة الأسباب الرئيسية المؤثرة في هذه الظاهرة، كانتشار أمراض الإسهال، الأمراض المعدية و أمراض سوء التغذية وانعدام التثقيف الصحي، وارتفاع معدلات الخصوبة. ولتحسين هذه الوضعية ارتكز العمل على رعاية الأطفال وحمايتهم، حيث انطلق في عام 1986م البرنامج الوطني لخفض وفيات الأطفال والأمهات، وتم تنفيذه خلال الفترة 1986- 1990 م وذلك بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة لطفولة (UNICEF) حيث ضم هذا البرنامج مجموعة من البرامج الصحية الفرعية التي ارتبطت عند صياغتها بالعوامل الرئيسية المؤثرة في ظاهرة وفيات الأطفال في الجزائر، إذ شملت كذلك تخفيض نسبة وفيات الأطفال دون سنة إلى 50 لكل 1000 ولادة حية.

تـــبقى وفيات الأطفال الرضع في بلادنا معتبرة بالرغم من المجهودات المبذولة مقارنة بـــالدول المتقدمة وهذا راجع إلى سوء استغلال الموارد البشرية من جهة، ولعدم وصول البرامج الوطنية إلى مبتغاها المرجومن جهة أخرى.

لـــذا قمنا بدراسة ظاهرة وفيات الأطفال الرضع في المستشفى لأنه أولى اهتماما كبيرا لمكافحـــة هذه الظاهرة، وبالتالي محاولة معرفة التقدم الذي عرفته الجزائر في هذه الآونة الأخـــيرة فـــي المـــيدان الصـــحي. كما مكننا البحث في هذا الميدان من معرفة العوامل الاجتماعـــية (كالمســـتوى التعليمـــي للأمهات) والعوامل الاقتصادية (كالدخل أسرة، نوع الســـكن...) والعوامـــل الديموغرافـــية (كسن الأمهات عند الإنجاب، عمر الرضيع، رتبة الرضـــيع...) التـــي تؤثر على وفيات الرضع وبالتالي استطعنا أن نضبط أهم مسببات هذه الظاهرة. وفي هذا الإطار قمنا بدراسة هذه التأثيرات وأهم مسببات وفيات الأطفال الرضع على مستوى مركزين استشفائيين جامعيين مصطفى باشا وبني مسوس الجزائر باعتبار أن المستشـــفى هـــو القـــناة الرئيسية التي توفر لنا البيانات اللازمة الخاصة بالأطفال الرضع وكيفية توزيعهم.

وتـــبعا لذلك فقد انقسمت الدراسة إلى فصل تمهيدي وأربعة فصول نظرية، إضافة إلى فصلين تطبيقيين يتبعه ملحق الجدول و استمارة البحث.

وقـــد أفرضـــنا الفصـــل التمهيدي إلى البناء المنهجي لدراسة وتعرضنا فيه إلى تحديد مشـــكلة البحث التي تعد العمود الفقري لدراسة ألا وهي الإشكالية، التساؤلات والفرضيات الخاصـــة بالبحـــث، واهتممـــنا كذلك بتفسير أسباب اختيار موضوع البحث والهدف من الدراسة، ثم تطرقنا إلى تحديد المفاهيم الأساسية والدراسات السابقة التي اهتمت بموضوع ظاهـــرة وفيات الأطفال الرضع على المستوى العلمي سواء كان في الدول المتقدمة أو في الـــدول النامـــية بما فيها الجزائر، وهذه تعد ضرورة منهجية لكل بحث علمي، من أجل بلورة مشكلة البحث وتجاوز جوانب القصور فيها لما سبقها من دراسات ومحاولة سد هذه الثغرات.

أما الفصل الأول فقد اهتم بتحديد البرامج الصحية والوسائل الأساسية الخاصة بتخفيض معـــدلات وفـــيات الأطفال الرضع في بلادنا. كما تطرقنا فيه إلى إعطاء نظرة عامة عن الوضعية السكانية في الجزائر، وذلك من خلال التعرف على السياسات الصحية المواجهة

نحو التعامل مع ظاهرة وفيات الرضع في بلادنا ومناقشة هذا العنصر. فحاولنا من خلال هذا الفصل تحديد أهداف هذه السياسات الصحية.

أمـــا الفصـــل الثانـــي فقد خصصناه لتطرق إلى الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضـــع وكذلك معرفة الأسباب التي تؤدي بحياة الرضيع إلى الهلاك وذلك على مستوى العـــالم المـــتقدم والعـــالم الثالـــث بصـــفة عامـــة والجزائر بصفة خاصة بالاعتماد على الإحصائيات.

أمـــا الفصـــل الثالـــث فقـــد خصـــص لطـــرح تأثير العوامل الاجتماعية، الاقتصادية والديموغرافية على وفيات الأطفال الرضع فحاولنا في هذا الفصل تحديد أثر هذه العوامل فـــي تفـــاقم ظاهـــرة وفيات الرضع من خلال بعض الدراسات التي أجريت على مستوى البلدان المتقدمة والنامية على مستوى الجزائر.

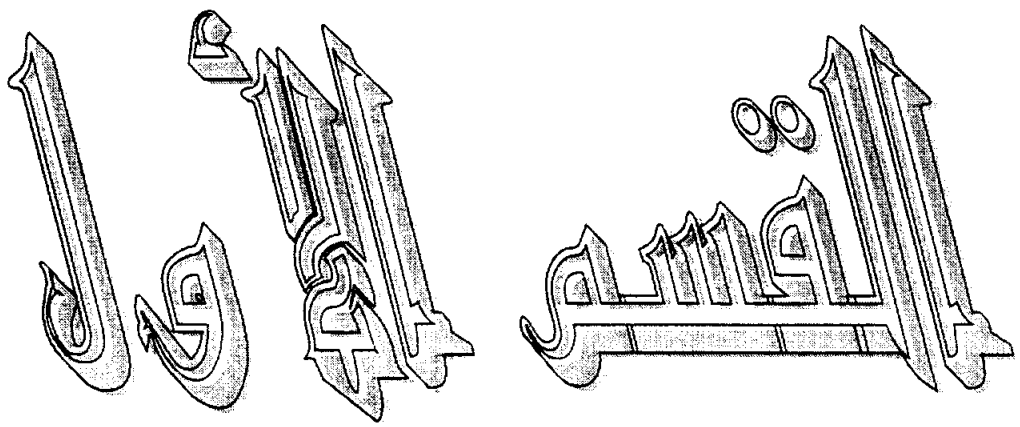
أمـــا الفصـــل الـــرابع فقـــد تطرقنا فيه إلى وصف ظاهرة وفيات الأطفال الرضع في الجزائر من خلال معطيات ملفات المركز الاستشفائي الجامعي لـــ: مصطفى باشا الجزائر خـــلال فترة عام 1995-1998م، ذلك من خلال العوامل الديموغرافية (عمر الرضيع ، الجنس، مكان الإقامة، سن الأم، نوعية الرضاعة و رتبة المتوفى).

و فيما يخص الجانب الميداني فقد شمل على فصلين أساسين.

الفصـــل الأول خصـــص لطـــرح التصور النظري والمنهجي فحاولنا في هذا الفصل الوقـــوف على الإطارالتطبيقي من خلال الإجراءات المنهجية الميدانية من مجال بشري، جغرافـــي وزمنـــي، وكيفية إختيار عينة البحث وأدوات الدراسةو كذلك تحديد الإجراءات المنهجية التي إتبعناها في الدراسة.

أمـــا الفصل الثاني فقد تم من خلاله محاولة الإجابة على التساؤلات التي طرحت في الجانـــب النظري، بمعنى إثبات أو نفي الفرضيات التي على أساسها انطلق البحث و ذلك من خلال تحليل الجداول وتفسيرها.

وتنتهـــي الدراســـة ببعض النتائج العامة التي توصلنا إليها مع دمج الملاحق والمراجع التي اعتمدنا عليها سواء بصفة مباشرة أو غير مباشرة.



الإطار المنهجي و النظري للبحث

الفصل التمهيدي

بناء المنهجي للبحث

الفصل التمهيدي : البناء المنهجي للبحث.

- الإشكالية

- الفرضيات

- أهمية الدراسة

- أسباب اختيار الموضوع

- الهدف من الدراسة

- تحديد المفاهيم

- الدراسات السابقة

الإشكالية:

لا تـــزال قضـــية وفيات الأطفال من القضايا المطروحة على بساط البحث والتي تدور حولهـــا النقاش منذ عدة سنوات في المؤتمرات والندوات العلمية خاصة تلك التي تنظيمها مـــنظمة يونســـيف "UNICEF" ومنظمة الصحة العالمية "OMS" أو من خلال الندوات السكانية والطبية التي تنظيمها الهيئات العلمية والحكومية في البلدان العالم الثالث.

والواقـــع أن تدهـــور الظروف الاجتماعية والاقتصادية من جهة وعجز النظم الصحية القائمة في البلدان العالم الثالث عن الاستجابة الصحية للغالبية العظمى من السكان من جهة ومـــن جهة أخرى كان وراء ارتفاع مستويات معدلات الإصابة بالأمراض والوفيات بين الأطفال الرضع بشكل مستمر وثابت.

فـــإذا كـــان اتجاه ومستوى معدلات وفيات الأطفال الرضع ماهو الانعكاس للأوضاع الاجتماعـــية والاقتصـــادية، الديموغرافـــية والصـــحة للمجتمع فإن لهذه الظاهرة بدورها تأثيرات اجتماعية واقتصادية، تتخلص في حدوث خلل اجتماعي تكون مظاهرة في ظهور بعـــض القيم التي تعنى بتعويض الفاقد من الوفيات والتأمين وفيات الأطفال المتوقعة والتي تعـــد في ظل هذه الأوضاع موجهات الأساسية السلوك الإنجابي للمرأة. بحيث تساعد هذه العناصـــر الجديدة على عملية تكيف الأسرة والأطفال مع هذه الظاهرة، أما عن تأثيراتها الاقتصادية، فبرغم من ارتفاع متوسط الدخل الفرد في بعض البلدان العربية مثل الجزائر يقابلـــه ارتفاع معدلات وفيات الأطفال الرضع ويرجع ذلك إلى هذا المتوسط لا يعبر عن الواقـــع توزيـــع الدخـــل بيـــن الأفراد وخاصة مع ذلك التفاوت بين الطبقات الاجتماعية والاقتصادية في هذه المجتمعات.

ومـــن هـــنا أصـــبحت ظاهرة وفيات الأطفال الرضع من بين المشكلات الصحية ذات الأولويـــة والتي تحطى بالاهتمام كبير في البرامج الصحية العامة، وبالتالي في السياسات الصـــحية للـــبلدان العالم الثالث، بما فيها الجزائر التي تعرف كم هائل من الولادات الحية 69600 ولادة، أي ما يعادل 25.3‰ سنة 1995 [1] بالمقابل تفقد أيضا عدد كبير من المواليدها وهذا بين فئة0–1 سنة كاملة من الحياة.

---

[1] وزارة الصحة والسكان (مديرية السكان) : الوضعية الصحية والديموغرافية للجزائر، تقرير السنوي اللجنة الوطنية للسكان، الجزائر، 1988 ، ص 13.

حيـــث إذا نظرنا إلى ما وصلت إليه الإحصائيات في الجزائر حول صحة الأم والطفل فإننا نجد معدل وفيات الأطفال بها عام 1995م هو 54.9‰ [1] بينما بلغ في نفس السنة وهـــذا فـــي الولايات المتحدة الأمريكية 8‰ وبالسويد 4‰ [2] ومنه يبقى معدل وفيات الرضـــع بالجزائر مرتفع بكثير عن هذه الدول المتقدمة رغم أنه سجل تحسنا ملحوظ في العشـــرية الأخيرة حيث كان يبلغ سنة 1990 بحوالي 57.80‰ [3] ووصل سنة 1997م إلى 56.64‰[4] لكن هذا التحسين في معدل وفيات الأطفال الرضع مقارنة بالمدة الفاصلة بيـــن 1990–1997م فإننا نجده بطئ برغم كل مجهودات والبرامج التي قامت بها الدولة الجزائـــرية لمحاربة هذه الظاهرة، آلا أن هذه الأخيرة بقيت مرتفعة ومتباينة مع معدلات وفـــيات الرضع في الدول المتقدمة، وهذا كما وضحناه سابقا، الأمر الذي قادنا إلى طرح التساؤلات حول سبب وعوامل تفاقم هذه الظاهرة وبقاء هذه المعدلات مرتفعة، وكما نعلم أن الدراسات حول هذا الموضوع بالذات عديدة في المجال الطبي و لا يمكننا التخلي عنها ومن الواجب مسايرتها محاولة والتعمق فيها قصد الوصول إلى نتائج ناجعة تجعل حاجزا أمام توسع هذا المشكل إلا وهو ظاهرة وفيات الأطفال الرضع في بلدنا.

وفي هذا الصدد طرحنا بعض التساؤلات ونحاول الإجابة عنها:

- هل للتعليم الأم تأثير في تقلل من حدة وفيات الأطفال الرضع؟
- فهل للوضع المادي والمعيشي للعائلة ينعكس في ارتفاع وفيات الرضع؟
- هل لسن الأم عند الإنجاب علاقة بوفيات الأطفال الرضع؟
- هل للعامل الديموغرافي فاعلية في ارتفاع ظاهرة وفيات الأطفال الرضع؟
- هل هناك علاقة بين شدة وسبب الوفاة عند الجنس؟

وبناء على هذه التساؤلات وضعنا الفرضيات التالية:

---

[1] وزارة الصحة والسكان، المرجع السابق ص 22.

[2] Encylopedia, Microsoft : Données démographique Par Pays

[3] Mostefa Khiati : Démographie et population. OPU., Algérie, 1996 Page.

[4] ONS: démographie Algérienne N° 227Alger 1997 page 31 .

الفـــرضيات

الفرضية العامة:

تـــتحدد ظاهرة وفيات الأطفال الرضع بالعوامل الصحية أكثر منها اجتماعية، اقتصادية والديموغرافية.

الفرضية الأولى

العامل التعليمي للأم ووعيتها تجاه صحة الرضيع يقلل من وفيات الأطفال الرضع.

الفرضية الثانية:

كلما انخفض المستوى المعشي للعائلة، كلما ارتفعت وفيات الأطفال الرضع.

الفرضية الثالثة:

عـــدم الـــتحكم فـــي العوامل الديموغرافية المتعرضة على صحة الأم يؤثر في ارتفاع وفيات الأطفال الرضع.

أهمية الدراسة:

إن الموضـــوع الذي نحن بصدد البحث فيه يكشف لنا عما تكونه هذه الدراسة من زاد معرفـــي حول الوفيات الأطفال والأطفال الرضع بصفة خاصة كمؤشر للتطور الاجتماعي وتقدمه.

وهـــنا تكمن الجدة في دراستنا على مستوى معهد علم الاجتماع باختيار أنه لم يتطرق إلى مثل هذه المواضيع في المعهد من قبل على مستوى الدراسات العليا.

كما تتجلى أهمية هذه الدراسة في إثراء مكتبة المعهد والمكتبات الجامعية بهذا نوع من الدراسة، وكله في خدمة العلم والطلبة.

كمـــا أن النـــتائج التـــي سنتوصل إليها في أخر المطاف قد تشكل نقطة البداية للطلبة المتهميـــن بهذا النوع من البحوث على مستوى عالي للقيام بدراسات حول عوامل المؤدية إلى الوفيات الأطفال الرضع في الجزائر من زوايا مغايرة.

زيـــادة على ذلك فإن هذه الدراسة تفتح أفاقا جديدة للبحث من طرف أساتذة باحثين في هـــذا الميدان قد تجد طريقها إلى التنظير، باعتبار أنه لم تقم هناك دراسات أكاديمية معمقة عن وفيات الأطفال الرضع، ولم تعطى لها القيمة الاجتماعية أكثر منها طبية.

أسباب اختيار الموضوع:

إن اختـــيار لهـــذا الموضوع "تأثير العوامل الاجتماعية الاقتصادية والديموغرافية على وفـــيات الأطفـــال الرضـــع" لم يكن وليد صدفة أو اختيار عشوائي، وأنها يرجع لأسباب موضوعية.

1- مـــن المعـــروف أن البحث العلمي يسعى إلى ايجاد بعض الحلول لمشكلات علمية ســـواء كانـــت اجتماعـــية أو اقتصادية أوديموغرافية، ونحن بدورنا نسعى إلى محاولة التعرف تأثير العوامل الاجتماعية، الاقتصادية والديموغرافية على وفيات الأطفال الرضع.

2- مـــن المعلـــوم أن الوفـــيات الرضع تمثل نسبة كبيرة من محمل الوفيات العامة في الجزائـــر وتشـــكل نسبة كبيرة مقارنة بالدول المقدمة، وهذا ما أدى بنا إلى محاولة تعرف علـــى مـــدى تأثير بعض الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية على وفيات الرضع.

3- إن دراســـة المرض والوفاة لا يمكن أقصارها على جانب الطبي فقط وإنما يتعدى ذلـــك إلـــى ربط المرض والوفاة بالجوانب الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية ومدى تأثير هذه الجوانب المحيطة بالطفل وصحته.

4- محاولـــة كذلك معرفة مدى فاعلية البرامج الصحية لمكافحة وفيات الأطفال الرضع في بلدنا.

5- المـــيل الشخصـــي للأطفال بصفة عامة والرضع بصفة خاصة، كذلك عالجت هذا الموضـــوع في مذكرة نهاية لليسانس وجو المعرفة وفرته لنا هذا الدراسة، ولد لدينا رغبة فـــي التقرب والتعميق في هذا الموضوع الحساس وإضفاء الصفة الاجتماعية عليه بحكم أنناء طلبة معهد علم الاجتماع تخصص ديموغرافيا.

تحديد المفاهيم:

تحديد المفاهيم يسمح للباحثين، بحصر الخصائص التي تتميز بها الحقيقة الاجتماعية فالمفهوم ليس الحقيقة نفسها لكنه بنية دهنية تشمل بعض الميزات لهذه الحقيقية، ومعرفة هذا الميزات تسمح لنا بمعرفة الظاهرة محل الدراسة ومن تم تمييزها عن الظواهر الأخرى، فتوضح التحديد يساعدنا على تقريب الفهم والاتصال بين الباحثين [1].

ولقد رأينا من أهم عرض المفاهيم الخاصة بهذا الموضوع، لكي تتضح لنا الأمور عند البحث والتحليل، أي بعبارة أخرى ما هي المعايير المعمول بها للتميز بين ولادة الحية والولادة الميتة؟ وعلى هذا الأساس ارتأينا أنه من الأهمية أن يتطلع القارئ على مدى فعالية هذه المفاهيم في وجود الدراسة، خاصة منها وفيات الأطفال الرضع عند مختلف فتراتها الآن الوفيات التي تحدث في الأسابيع الأولى يمكن أن ترجع أسبابها إلى فترات الحمل، لذا يجب معرفة وتفهم كل فترة لاجتناب أي خلط في المفاهيم.

- **وفيات الأطفال الرضع: "Mortalité infantile "**

يقصد بهذا الاصطلاح في علم السكان وفيات الرضع الذين لم يتجاوزوا العام الأول من أعمارهم، ويحسب معدل وفيات الرضع بحصر وفياتهم في عضون سنة مسماة ونسبة عددها إلى عدد المواليد الأحياء المسجلين في نفس السنة[2].

- **الولادة الحية: " Naissance vivante "**

أي ولادة طفل "ويقصد بها إخراج أو انتزاع كل من جسم الأم، مستقل عن فترة الحمل إذا يتنفس ويظهر كلى من جسم الأم، مستقل عن فترة تتمثل في معيار الحيوية مثل خفقات القلب، الحبل السري، التقلص الفعلي للعضلات، خاضع لعمل إداري سواء كان الحبل السري مقطوعا أم لا سواء بقيت المشيمية مربوطة أم لا كل من المواليد الناتيجة عن هذه المعايير تعتبر مواليد حية [3].

---

(1) BENOI Gautier: Recherché sociale de la problematique la collecte des donnes , Presse universitaire de quebec, canada, 1984, P 68. 69.

(2)Ralond Pressat : Dictionnaire de démographie , PUF , 1979. Page 179.

(3)AMRANE Ahmed : Etude de la mortalité infantile dans le secteur sanitaire de beni- Messous- Thèse de Médecine, université d'Alger 1975 P 59.

- **الولادة الميتة:** " Mort- nés "

يقصـــد بها الوفيات التي تحدث دخل الرحم لنتاج الحمل بعد فترة حمل معينة تحدد عدة بـــ 28 أسبوعا فأكثر، (أي بداية من هذه المدة، تفرض أن ناتج الحمل قابل للحياة) [1].

- **الوفيات الحديثة الولادة:** " Mortalité – néo-natale "

وهـــي الوفيات التي تحدث منذ الولادة إلى غاية الثامن والعشرين، أوالسابع والعشرين تام من الحياة.

وتنقسم هذه الوفيات إلى قسمين [2].

- **الوفيات الحديثة الولادة المبكرة:**

وهي الوفيات التي تحدث مند الولادة إلى غاية اليوم السابع 7 أو ستة 6 أيام التامة.

- **الوفيات الحديثة الولادة المتأخرة:**

وهـــي الوفيات التي تحدث منذ اليوم السابع من الولادة إلى غاية اليوم الثامن والعشرين أي 27 يوم تامة.

- **الوفيات ما حول الولادة:**

الوفـــيات ما حول الولادة تضم الولادات الميتة والوفيات الحديثة الولادة المبكرة، والتي تحـــدث مـــنذ الأســـبوع الثامن والعشرين 28 من الحمل إلى غاية اليوم السابع من الحياة الرضيع، ويرى بعض الباحثين أن الوفيات ما حول الولادة تضم الولادات الميتة والوفيات الحديثة الولادة المبكرة والمتأخرة [3].

- **ولادة مبكرة (ولادة مبتسرة).** " Naissance Prématuré "

تـــدل الولادة المبكرة على كل ولادة تمت بعد مدة حمل تقل أو تساوي 37 أسبوع مهما كان وزن المولود عند الولادة [4].

وقـــــد حددنـــا الولادة المبكـــرة بين 28 أسبوع فعلى و37 أسبوع تام، وكل ولادة تقل 28 أسبوع فهي عبارة عن إجهاض.

---

(1)Raland Pressat : dictionnaire de démographique, op – cit , P 137 ... 138

(2)Dominique Tabutin : la collecte des données en démographique, méthode, organisation et exploration, ordina, Belgique, 1984, P 58.

(3)Khiati Mostefa : l'essentiel en Pédiatre, frison Rache , France, 1988 P 94.

(4)Khiati Mostafa : IBID, P 101.

- **الرضاعة الطبيعية : "Allaitement maternel "**

لغـــة: مشقة من الإرضاع، رضع الولد أمه، أي امتص ثديها أو ضرعها أي هي مص اللبن من الثدي [1].

شرعا: تعني مص الرضيع اللبن من ثدي أمه في وقت مخصص، وهو مدة الإرضاع، فخـــرج بذلـــك الـــرجل [2] ومـــنه فإن الرضاعة الطبيعيةهي إشباع حاجة فيزلوجية عند الرضيع بلبن أمه (حليب أمه).

- **الرضاعة الاصطناعية: "Allaitement Artificiel "**

الرضاعة الاصطناعية هي عبارة عن غداء يعطي للرضيع وهو مكون من حليب البقرة أو بعض المستحضرات الصناعية.

والحليب المستعمل في بلدنا للتغذية الصناعية، عادة هو من حليب البقرة أو من حليب العنزة، غالبا ما تلجأ الأم إلى استعمال حليب البقرة [3]، ومنه فالرضاعة الاصطناعية هي تغذية الطفل بحليب آخر غير حليب أمه عن طريق الزجاجة والحملة.

-الرضاعة المختلطة (المزدوجة): "Allaitement Mixte"

الرضـــاعة المختلطةهي إعطاء الرضيع حليبا حيوانيا إلى جانب حليب الأنثوي، عندما يكون حليب الأم قليل الكمية ولا يكفي لسد احتياجات الطفل [4].

---

[1] علي بن هادية وأخرون: القاموس الجديد للطلاب، المؤسسة الوطنية للكتاب الجزائر 1991 ص 36.

[2] كمال بن الهمام فتح القديرة: علاقة الآباء بالأبناء في الشريعة الإسلامية، جدة ، 1981 ص 68.

[3] عبد الله الصوفي: موسوعة العناية بالطفل، دار العودة، بيروت 1997، ص 83.

[4] عبد الله الصوفي: نفس المرجع ص 30 .

الدراسات السابقة:

لا يفـوت القارئ أن المرور بهذه المرحلة يعتبر الخطوة الحاسمة، فهي مطلب أساسي رئيسـي فـي كـل بحث علمي، وهذا من أجل ربط البحوث القديمة والمعاصرة وبالتالي محاولـة التكيف مع ما هو (جديد) في البحث العلمي، وهنا يبرز دور الباحث، وهو ملئ الثغرة العلمية بفضل الدراسات السابقة.

وقبل التطرق إلى مختلف الدراسات التي اهتمت بموضوع وفيات الأطفال نود أن نلفت الإنتـباه إلـى ذلك النقص هذا النوع من الدراسات في مجال علم الاجتماع، إذا ارتكزت أساسا في الميدان الطبي دون غيرها من الميادين.

1- الدراسات التي اهتمت بموضوع وفيات الأطفال الرضع في العالم:

وفـي هذا الصدد قام فاجنر "**WAGNER** " دراسة تحت عنوان "وفيات الأطفال الرضع في أوربا: استنتاجات الولايات المتحدة الأمريكية، ناقش فيها أسباب الاختلاف في مستوى المعدلات وفيات الأطفال الرضـع بين كل من أوربا والولايات المتحدة الأمريكية.

ولقد ركز هذا الباحث في دراسته على المقارنة بين الرعاية المقدمة إلى الأمهات أثناء فـترة الحمـل، وبعد الولادة، والتي منها الرعاية ما قبل الولادة وحماية الأمومة والتوليد والتدخلات الجراحية أثناء الولادة.

وقـد تبيـن من تلك الدراسة أن تقديم الرعاية الصحية إلى الأمهات أثناء فترة الحمل، وبعـد الولادة في أوربا يرتكز على الجانب الاجتماعي والتربوي، كالاعتماد على زيارات المنزلـية لرعاية الحوامل، وتقديم المساعدات المالية، وامتيازات اجتماعية لهن، ولاعتماد علـى القابلات في المتابعة ولإشراف الذي يفسر إلى حد كبير، ذلك الانخفاض النسبي في معدلات وفيات الأطفال الرضع في أوربا مقارنة بمثلاثها الولايات المتحدة الأمريكية التي تهتم في إجراءاتها الصحية بالتدخلات الطبية البحتة[1].

---

(1) محمد إبراهيم عادل: السياسات الصحية وأثرها على الوفيات الأطفال دراسة تقويمية في الريف الجزائري، رسالة ماجستير كلية الآداب، الإسكندرية، مصر، 1993 ص 11

وتكمـــن أهمـــية نتائج هذه الدراسة في تأكيدها على أهمية الجانب الاجتماعي في تقديم الـــرعاية الصحية إلى الطفل حتى في المجتمعات المتقدمة، على أن الرعاية الصحية، وأن كانت هي العامل الأساسي الذي يؤدي إلى الاختلاف في مستويات وفيات الأطفال الرضع بيـــن مـــثل هذه المجتمعات - فيما يعتقد منها عوامل اجتماعية، ثقافية واقتصادية يمكن أن يكون لها – أيضا– دورها في هذا المجال.

أمـــا دراسة "سوشندران وارجون" حول مستويات واتجاهات وفيات الأطفال الرضع في اليمـــن واخـــتلافاتها عـــام 1985م، عرض فيه تحليلات إحصائيات لمستويات واتجاهات الوفـــيات، مع تناول العلاقة بين بعض المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية، ومستويات الوفيات في اليمن.

ولقـــد أكدت نتائج هذه الدراسة على تأثير بعض المتغيرات الديموغرافية مثل سن الأم، ترتيب الولادة، الفترة التي تفصل بين الولادة في مستوي معدلات الوفيات خاصة مستوى معدلات وفيات الأطفال الرضع المبكرة.

كمـــا بينـــت أيضا أن لكل من العوامل الاجتماعية والاقتصادية كالتحصيل العلمي للأم والأب، ومهنة الأب، ومكان الإقامة دورا في اختلاف مستوى معدلات وفيات الأطفال بين سكان اليمن [1].

أمـــا عـــن الدراســـة التـــي قدمتها شعبية الأمم المتحدة الخاصة بالسكان تحت عنوان "الفـــوارق الاجتماعـــية الاقتصـــادية فـــي الوفيات الأطفال في البلدان النامية" فلقد أعدها مجموعةمن الباحثين تحت إشراف بعض إحصائيين الديموغرافيين البارزين "باربارامينش وهـــارولد لنتزر" وقد شملت الدراسة سبعة بلدان من إفريقيا وخمسة بلدان من أسيا وثلاثة بلدان من أمريكا للاتينية وذلك في سنة 1987م.

وبالجديـــر بالذكر هنا أن تحديد العوامل المسؤولة عن ارتفاع معدلات الأطفال في هذه الـــدول يعد أحد الأهداف الرئيسية لهذه الدراسة، وذلك بغية إعداد الإجراءات الضرورية لتقليص الفوارق الاجتماعية في الوفيات الأطفال وكذلك مستواها العام.

---

[1] س. م سوسندران واخون، مستويات واتجاهات وفيات الرضع والأطفال في اليمن واختلافاتها في النشرة السكانية العدد 27، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي أسيا 1985. ص 53.

ونلخص أهم نتائج هذه الدراسة في: أن تعليم الأم يعد العامل المهيمن والمؤثر في المعدلات وفيات الأطفال هذا بالإضافة إلى أن الدراسة قد أسفرت عن نتجة غير متوقعة وهي، أن أوضاع السكن بها فيها إمدادات المياه والإصحاح... لها تأثير ضئيل في معدلات وفيات في البلدان النامية [1].

وهذا ما تناوله "ماجد إبراهيم عثمان" في بحث موضوعه دراسة مقارنة لنمط وفيات الرضع في بعض البلدان النامية وبعض البلدان المتقدمة، مع دارسة تفصليه للنمط السائد في مصر خلال الفترة 1954-1974 ظاهرة الوفيات الرضع من حيث اتجاهاتها ونمطها السائد في كل من الدول المتقدمة والنامية، فضلا عن أنه بحث اتجاه ونمط وفيات الرضع في مصر، ونظرا لما يشوب بيانات مصر من قصور فقد اعتمدت الدراسة على بيانات محافظة القاهرة في تحليل نمط الوفيات.

وقد انتهت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، تشير أن هناك وبصفة عامة اختلافات في نمط وفيات الرضع بين كل الدول المتقدمة والنامية على حد سواء إذ يأخذ نمط الوفيات الرضع في المجتمعات المتقدمة شكل المنحنى الأسى السالب، بمعنى أن معدلات الوفيات تكون مرتفعة جدا في الأيام الأولى من العمر ثم تتناقص تناقصا سريعا خلال الشهر الأول من العمر ويستمر هذا التناقص تدريجيا خلال بقية أشهر السنة الأولى من العمر.

كما تبين أن حوالي 70% من وفيات الرضع تحدث خلال الأسابيع الأربعة الأولى من العمر في حين أن نمط الوفيات في الدول النامية يتجه إلى انخفاض خلال الشهر الأول من العمر، غير أن هذا الانخفاض لا يستمر على مدار العام الأول من العمر وإنما يتجه إلى ارتفاع، ثم يميل في نهاية العام إلى انخفاض وأخيرا، أظهر تحليل البيانات الإحصائية أن نسبة الوفيات خلال الأسابيع الأربعة الأولى من العمر لا تزيد عن 40% من جملة وفيات الرضع في معظم البلدان النامية [2].

ويتعين علينا في ضوء هذا الاستعراض- أن نشير إلى دراسة قدمها عبد الفتاح عز الدين بعنوان "أثر العوامل الصحية والاجتماعية والديموغرافية على كل من الأجنة ووفيات الأطفال الرضع في مصر سنة 1980م".

---

(1) محمد عادل إبراهيم: السياسات الصحية وأثرها على وفيات الأطفال، المرجع السابق ص 10.

(2) ماجد إبراهيم عثمان: دراسة مقارنة لنمط وفيات الرضع في بعض الدول النامية وبعض الدول المتقدة ، مع دراسة تفصلية للنمط السائد في الجمهورية مصر العربية خلال الفترة 1954- 1974 رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد جامعة القاهرة1979 ص 41 - 59

وقـد تطـرق فـيها إلى مجموعة من العوامل التي تتعلق بتأثير العوامل الصحية في وفيات الأطفال الرضع في مصر- وهي عوامل أغفلتها بعض الدراسات الأخرى.

ولقـد اعـتمدت هذه الدراسة على تحليل البينات مسح فقد الأجنة ووفيات الرضع الذي أجراه مركز الأبحاث والدراسات السكانية بالجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء سنة 1981م.

ولقـد بينت تلك الدراسة أن تعرض المرأة لكثير من الأمراض أثناء فترة الحمل يؤدي إلـى زيـادة احتمال خطورة فقد الأجنة، ومن ثم فإن الرعاية الصحية التي تحصل عليها المـرأة الحامل خلال الشهور الأولى من الحمل لها تأثير في التقليل من حالات الإجهاض - بصفة خاصة - وحالات فقد الأجنة بصفة عامة.

أما فيما يتعلق بوفيات الأطفال الأقل من سنة، فلقد أوضحت الدراسة أن تعرض المرأة لعـدد مـن الأمـراض أثناء فترة الحمل يؤدي إلى ارتفاع معدلات وفيات الأطفال، هذا بالإضـافة إلـى نوعـية الرعاية الصحية التي لها تأثير واضح في معدلات الوفيات، أي بمعـنى أن الرعاية إلى تتلقاها الأم من الطبيب الخاص لها فاعلية -في هذا المجال- أكثر مـن فاعلـيه أي مصادر أخرى للرعاية الصحية [1]. أما عن تأثير العوامل الديموغرافية والاجتماعـية، فلقـد أوضـحت الدراسة أن التباين في المعدلات وفيات الأجنة والرضع، يـتوقف علـى بعض المتغيرات كالمستوى التعليمي للأم، عمل المرأة بالإضافة إلى تأثير سـن الإنجاب المبكر المتأخر والفترة التي بين الولادة والأخرى والتي تقل عن سنتين في ارتفاع كل من معدلات وفيات الأجنة ومعدلات وفيات الأطفال في مصر.

---

[1] عبد الفتاح عز الدين إسماعيل: أثر العوامل الصحية والاجتماعية والديموغرافية على كل من فقد الأجنة ووفيات الأطفال الرضع في مصر سنة 1980، رسالة الماجستيرمعهد الدراسات والبحوث الإحصائية جامعة القاهرة، 1989 ص 41

2- الدراسات التي اهتمت بموضوع وفيات الأطفال الرضع في الجزائر:

لقد أتاح في موضوع وفيات الأطفال الرضع في الجزائر خلال السنوات الماضية فرصة تحديد بعض ملامح هذه الظاهرة، من حيث اتجاهاتها، مستوياتها وكذلك من حيث أسبابها ومن تم مثلت نتائج هذه الأبحاث الأساس للتدخلات الصحية والحد من تفاقمها.

وينبغي علينا في هذا المقام أن نستعرض من بعض الدراسات التي اهتمت بظاهرة وفيات الأطفال، منها دراسة "**Dominique Tabutin** " حول وفيات الرضع والأطفال في الجزائر والتي تعد من الأبحاث الأولى والقليلة التي تناولت هذه الظاهرة في المجتمع الجزائري، ولقد حاول الباحث تحليل كلا من الاتجاهات ومستويات الوفيات، اعتمادا على بعض البيانات المتوفر، هذا بالإضافة إلى إظهار تأثير الفوارق الاجتماعية في هذه الظاهرة على الرغم من أن التحليل الذي طغى على هذه الدراسة هو التحليل الإحصائي، فإن نتائجها كانت ذات أهمية كبيرة، إذا كانت بمثابة الخطوة الأولى نحو فهم أكثر عمقا للسنوات الأولى من حياة الطفل في المجتمع الجزائري.

ومن بين النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة والتي مفادها: أهمية وفيات الرضع في الأسابيع الأولى بالمقياس احتمالي للوفيات هذا بالإضافة إلى وجود ارتباطات ما بين المتغيرات الديموغرافية (مثل سن الأم وترتيب الولادة، ووفيات الأطفال الرضع)، وفي هذا إشارة إلى عامل الخصوبة المرتفعة وما يترتب عليها من ارتفاع في معدلات وفيات الأطفال الرضع [1].

كما قام الباحث "Tabutin " بتحليل الاختلافات في ظاهرة الوفيات تبعا لبعض المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية،حيث أشار إلى تأثير كل من:

المستوى التعليمي، نوعية النشاط الاقتصادي (المهني) للأم والأب في المعدلات وفيات الرضع والأطفال [2]، كما بينت دراسة أخرى لـ "Tabutin " حول وفيات الرضع والأطفال في الجزائر شمال عام 1974م، فقد أقيمت هذه الدراسة على ثلاثة أجيال من 1960-1969م وفقا لمتغيرات مكان الولادة والمنظمة (الريفية والحضرية) كما درست هيكلة الوفيات بالنسبة للرضع الأقل من سنة وهيكلة الوفيات عن طريق ترتيب الولادات.

---

[1] Dominique Tabutin : La Mortalité infantile et juvénile en Algérie, IN travaux et document N° 77. PUF. Paris 1976 Page 184 – 167.

[2] Dominique tabutin : la mortalité infantile et juvénile en Algerie, IBID. P 210. 219

وقـــد بينـــت النتائج أنه بعد الحرب التحريرية عرفت معدلات وفيات الأطفال الرضع تـــراجعا ملحوظا، ولكن ما بين فترة 1963-1968م، فلا يوجد اتجاه واضح يمكن تميزه، بالـــرغم من انخفاض المحسوس في المناطق الحضرية فإن نسبة الوفيات الرضع بالنسبة للجيل المولود ما بين 1967-1968م وصل إلى 109‰في المدن و132 ‰ في المناطق الحضرية.

فـــــالخط أنـــه هناك خطورة كبيرة للوفاة أثناء الشهور الأولى، وخاصة، في الأسبوع الأول مـــن حياة الرضيع، أما بالنسبة لمعدلات الوفيات في الشمال الجزائري فوصل إلى 5.4% و 2.7% بالترتيب.

كما أشارت الدراسة إلى ارتفاع نسبة الولادات في المجتمع الجزائري فلا يمكن البرهنة علـــى تأثـــير الوفيات على الخصوبة، بحيث أن المعدلات الوفيات في انخفاض ومعدلات الولادات في ارتفاع مستمر[1].

كمـــا أوضحت دراسة حول الوفيات في الجزائر طبقا للجنس والمنظمة السكانية وتأثير بعض الخصائص الاجتماعية والاقتصادية، من خلال نتائج التحقيق الديموغرافي للجزائر لعامي 1969-1971م.

فخـــلال عامي 1970-1971م قامت الجزائر بدورة ثلاثية وطنية للتحقيق الديموغرافي على عينة متكونة من حوالي 60.000 أسرة.

وتشـــيـــر نـــتائج تلـــك الدراسة إلى أن نسبة وفيات الأطفال في الشمال الجزائري هو 16.3‰ مع توزيع 9.0 ‰ فقط في المناطق الحضرية، و19.8% في المناطق الريفية. كمـــا تبيـــن أن أمل الحياة عند الولادة هو 33.5 سنة، ويعود ذلك إلى ارتفاع نسبة وفيات الأطفال الرضع.

أما عن أهم الخصائص الديموغراقية والاجتماعية، فإن نتائج التحقيق تبين وجود ارتفاع فـــي وفـــيات الأطفـــال من 3 إلى 4 أشهر إلى سن 40 سنة فوجد كذلك من خلال نتائج التحقيق اختلافات من حيث النشاط المهني والمستوى التعليمي للرب الأسرة، فهناك درجة 10 ســـنوات اخـــتلاف بين أمل الحياة بين الأفراد الأسرة التي رب عائلتها أمي وأخرى متعلم [2].

---

[1] Dominique tabutin : Infant and child Mortality in north Algérien IN Population N° 29. Janvier Feb, 1974, P 22. 25.

[2] UNICEF , OMS : un quart de siècle d'étude sur la survie de l'enfant Algérien. 1970. 1995 . P 14. 15.

كمـــا قدم "أحمد عمران" دراسة موضوعها وفيات الأطفال الرضع في القطاع الصحي لمنطقة بني مسوس بالجزائر وقد تمثلت أهدافها فيما يلي:

- الـــتعرف علـــى معـــدلات وفـــيات الأطفال الأقل من سنة خلال الفترة الممتدة من 1970-1974م.

- تحديد التوزيع العمري لوفيات الأطفال أقل من سنة.

- تحديـــد العوامـــل المؤثـــرة فـــي ظاهرة وفيات الأطفال بصفة خاصة منها العوامل الاجتماعية والاقتصادية.

- محاولة تحديد تأثير البيئة الصحية في ظاهرة وفيات الأطفال.

وفـــي ســـبيل تحقـــيق هذه الأهداف اعتمدت الدراسة على سجلات الحالة المدنية لكل الأطفال المتوفين بالإضافة إلى سجلات الوفيات المتوفرة في مستشفى منطقة بني مسوس الجزائر.

وتتخلص نتائج الدراسة فيما يلي:

- ارتفاع معدلات وفيات الأطفال قبل ولادتهم.

- وجود تأثير الأمراض الإسهال وسوء التغذية في ظاهرة وفيات الأطفال.

- وجـــود أثـــر الظروف الاجتماعية والاقتصادية والتي تتمثل في عدم وجوده السكن الملائم والمياه الصالحة للشرب في هذه المظاهرة.

- ارتفاع معدلات وفيات الأطفال الرضع في المناطق البعيدة عن المراكز الصحية.

- والواقـــع أن بعض نتائج هذه الدراسة يتفق مع نتائج الدراسات التي تمت سواء في المجتمع أو في بعض مجتمعات العالم الثالث.

ونود أن تشير في هذا الصدد إلى أن هذه الدراسة قد أضافت نتيجة ذات أهمية بالنسبة لقضـــية البحـــث عن المحددات وفيات الأطفال وتتمثل هذه النتيجة في الإشارة إلى وجود تأثـــير لعدم وجود أو بعد المركز الصحية عن تمركز السكان في ظاهرة وفيات الأطفال مما يؤكد على أن العوامل الصحية لها تأثير واضح في معدلات وفيات الأطفال [1].

كمـــا اهـــتم الدكتور مفود **(Mefoued)** بدراسة حول وفيات المواليد الجدد في القطاع الصـــحي لمستشـــفى مصطفى باشا لمدة 5 سنوات (1969-1973) في مصلحة التوليد وأمراض النساء.

---

[1] AMRANE Ahemed : Etude de la Mortalité infantile dans le secteur sanitaire de beni – messous OP-CIT. P 70.

فأقيمت هذه الدراسة من أجل إيجاد حل سريع للمشكل الخطير والمتمثل في ازدياد نسب وفيات المواليد الجدد والتي تشكل الجانب الأكثر أهمية في وفيات الأطفال الرضع.

وتمثلت الوسائـــل والمناهج المتعـــددة في هذه الدراسة، على تحليل مستقبلي لـــ 5225 طفل متوفى من 0–28 يوم، لمدة 5 سنوات (69–73)، في عيادة التوليد بالقطاع الصحي لـــــ مصـــطفى باشا الجزائر، فخلال هذه الفترة استقبل القطاع الصحي 32814 طفل من مخـــتلف المـــناطق الوطنية 87% من عيادة التوليد نفسها، و13% مواليد حدثت إما في عيادة خاصة، أو في البيت، بالجزائر العاصمة أو خارجها.

لقـــد درست وفيات المواليد الجدد، حسب سن الأم (1750 ملف) و2226 ملف خاص بظروف الحمل والرضع.

وتتخلص نتائج الدراسة فيما يلي:

- 87% من وفيات المواليد الجدد عند الأطفال الذين وزنهم أقـــل من 2500غ.
- 19% من وفيات المواليد الجدد عند الأطفال الذين يزنون أكثر عن2500 غ.
- النسبة المتوسطة للوفيات المواليد الجدد كانت تقدر بـــ 159‰ ولادة حية و111‰ بالنسبة للأطفال الذين ولدوا بالمستشفى و488‰ بالنسبة للذين جاؤا من خارج المستشفى.
- نلحظ ارتفاع في نسبة الوفيات المواليد الجدد، من 139‰ عام 1969م إلى 204‰ للسنة 1973 [1].

لقـــد تم تفسير الارتفاع في الوفيات المواليد الجدد عن طريق العدد الكبير أطفال الدين ولـــدوا بوزن متغير من6000 إلى1600غ. كما فسرت عن طريق الأمراض التي تصيب المواليد الجدد الدين التحقوا بالمستشفى من المناطق الخارجة عن العاصمة، أومن الجزائر العاصمة، وهذا راجع كذلك إلى ضعف وسائل المراقبة ومتابعة الحمل والولادة.

- كمـــا درس تأثـــير ســـن الأمهات على وفيات المواليد الجدد، فقدرت نسبة الأمهات اللواتـــي أعمارهن أقل من 18 سنة بـــ 2.7% أما الأمهات اللواتي أعمارهن أكثر من 35 سنة فتمثل 21% من المجموع، فأستنج أن وفيات المواليد الجدد، ترتفع بصور سريعة عندما يكون عمر الأم أكثر من 30 سنة [2].

---

[1] MAFOUED Abdelaziz : etude de la mortalité néo- matale. Pendant une dureé 5 ans (1969- 1973) au C.M.U Mustapha bacha Alger thése de doctorat en médecine, université d'Alger 1975.P 69.

[2] MEFOUED Abdelaziz : IBID P 185 –186.

كما اهتم الدكتور Djamile Lebane بدراسة حول تأثير برنامج الصحي على وفيات المواليد المبكرة (0-6 أيام).

فقـــد تبيـــن مـــن خلال هذه الدراسة تأثير وفيات المواليد المبكرة بالسلم السكاني وهذا لوجـــود الأساليب الطبية الحديثة، وتطبيق البرنامج الصحية مكافحة وفيات للأطفال بمدينة البليدة.

وتمثلت أهداف هذه الدراسة:

- قياس وفيات المواليد المبكرة، وتبيان عوامل الخطورة الاجتماعية والطبية.
- تقييم الأساليب (الأسباب) الوفاة.
- وضع برنامج خاص لمكافحة وفيات المواليد المبكرة وتقييمه[1].

فقـــد أقيمت هذه الدراسة على مستوى عيادة المواليد بالبليدة واحتوت على كل الولادات التي حدثت في الفترة ما بين نوفمبر وديسمبر 1988 وكان عددها 1272 ولادة حية.

أمـــا عن المتغيرات المدروسة، هي تحديد وتشخيص الطفل وانتماء وانخفاض المستوى الاجتماعـــي والمهني للولدين، والمعطيات الطبية الخاصة بالأم ولطفل، كما تناولت تحقيق مستقبلي (90-91) تناولت فيه متابعة الأمهات لحملهن وكان عددهن 1514أم متبوعة على مستوى مراكز حماية الأمومة والطفولة (PMI).

وتحقيق داخل المستشفى وتقيم سنوات 90-91 و1992.

وتشير النتائج التي توصل إليها الدكتور Djamil lebane [2].

- أن نسبة الوفيات المواليد المبكرة 0. 6 أيام تقدر بـــ 57.2%.
- وفيات المواليد الجدد 0. 28 يوم تقدر نسبتها بـــ80 % ومنها22% مواليد ميتة.
- يحـــتل الإجهاض المبكر الصف الأول بـــ 15.3% متبوع بأعراض أمراض الكلى بـــ 11.2%.
- الاختناق الولادي يمثل 5% من مجموع الولادات الملاحظة في غرفة العلاج.
- 6.2% مـــن الأطفـــال المواليـــد الأحياء ادخلوا إلى مستشفى في الأسبوع الأول من الولادة.

---

(1)OMS. UNICEF, un quart de siècle d'étude sur le survie de l'enfant Algérien OP. cit. P. 129.

(2)OMS. UNICEF : IBID P. 131.

- الأسباب المرضية ترجع إلى الالتهابات التنفسية الحادة، والاختناق الولادي في المرتبة الثانية.

- الوزن الضعيف عند الولادة يمثل 11% من مجموع المواليد حيث تبين أن 3.8% وزنهم يتراوح ما بين 500 و2000 غ.

أكبر قسط من الوفاة نجدها عند الأطفال الرضع الذين وزنهم يتراوح ما بين 2000 و2500غ، كما لا يوجد أحياء من بين مجموع الأطفال الذين وزنهم أقل من 1000غ.

- نسبة الوفيات المواليد المبكرة انخفضت من 58.2% إلى30.2% من المواليد الأحياء لسنتي 88 و1992 [1].

أما دراسة الدكتورة لاجاج **LADJADJ** فلقد تطرقت إلى تقسيم برنامج مكافحة ضد الأمراض ووفيات الأمهات، وكذلك الولادات المبكرة وذلك عام 1994م.

وقد اعتمدت هذه الدراسة على مجموعة من الأهداف:

- تقليص بـ25% من الوفيات الأمهات إلى غاية 1995م و50% لغاية عام2000، وتقليص الوفيات المبكرة بـ 25% لغاية سنة 1995م أو (1/3) لغاية عام 2000.

- الوصول إلى نسبة الولادات في وسط مهني صحي إلى 80% لغاية عام 1995م.

- الوصول إلى استعمال وسائل منع الحمل بـ60% لغاية عام 2000.

من الوسائل والمناهج المستعملة:

- أخذت هذه الإحصائيات من المستشفيات، والمعطيات أخذت من مؤسسات الصحية في كل مناطق البلاد لعام 1994 [2].

- التقسيم يخص 178 قطاع صحي و13 مركز استشفائي جامعي مقسمة إلى48 ولاية.

- المعطيات الملتقطة تتعلق بعدد العيادات العمومية والخاصة، عدد الولادات، عدد الولادات الميتة، عدد الأطفال، والولادات المبتسرة ، عدد وفيات الأمهات لكل 100.000 ولادة حية

ومن النتائج المتحصل عليها:

- نسبة وفيات الأمهات كانت 48 وفاة لـ 100.000 ولادة حية.

- نسبة وفيات ما بعد المواليد الجدد (7 .28 يوم) 23 وفاة لـ 1000 ولادة حية.

---

[1] OMS, UNICEF : Un quart de siècle sur la survie de l'enfant Algérien, OP- cit. P 132.

[2] OMS, UNICEF : IBID P202.

- نسبة الوفيات المخاطية كانت 25 وفاة لـــ 1000 ولادة حية.
- نسبة الوفيات المواليد المبكرة الجدد (0 .6 أيام) قدرت بـــ90 وفاة لـــ 1000 ولادة حية.
- نسبة وفيات الأمهات كانت 230 لـــ 100.000 ولادة حية.
- نسبة وفيات الرضع 41 لكل 1000 ولادة حية.
- نسبة الولادات في وسط مهني صحي كانت تقدر بـــ73.6 % [1].

كما تناولت ***وزارة الصحة والسكان*** بمساهمة منظمة الأمم المتحدة للطفولة UNICEF دراسة وتحقيق حول "أهداف العشرية الأخيرة 1985-1995م. "MDG" بالجزائر، وهذه الدراســة هي من نوع تقارير مجموعة متعددة " والتي تهدف إلى تقيم مدى نجاح أهداف المؤتمــر الطفولة (بنيويورك لعام 1990) وقد اعتمدت هذه الدراسة الوطنية على طريقة ســبر الآراء "**Sondage** " في شهر أكتوبر 95 موجه لـــ5145 أسرة، بحيث أن 53% مــنها تــتواجد بالمــنطقة الحضرية و47% موجود في المناطق الريفية والتي تتكون من 6008 أم و13619 طفــل يــبلغ أعمــارهم من 0 إلى 14 سنة، و32% هؤلاء الأطفال أعمارهم 5 سنوات، وهذا التحقيق غطى كل التراب الوطني.

وتتلخص نتائج التحقيق فيما يلي:

- نسبة التلقيح العام يقدر بـــ 73% من مجموع الأطفال.
- نسبة التلقيح العام لـــ 23 شهر يقدر بـــ 84% .
- نسبة تناول الأملاح المعدنية تقدر بـــ 12%.
- تأخر الوزن الحاد بالنسبة للوزن يقدر بـــ5% .
- تأخر القامة المتوسطة حسب السن يقدر بـــ 11%.
- تأخر القامة الحاد بالنسبة لسن يقدر بـــ7%.
- نسبة تصريف المياه القدرة بـــ91%.
- نســبــة الأطفــال الدين يرضعون رضاعة طبيعية خلال 4 أشهر الأولى من الحياة تقدر بـــ 48%.
- نسبة الأمهات اللواتي يستعملن وسائل منع الحمل تقدر بـــ 57%.

---

[1] OMS, UNICEF : Un quart de siècle sur la survie de l'enfant Algérien, OP- cit. P 203.

- نسبة وفيات الرضع والأطفال تقدر بـ 32% [1].

وفـي هـذا الصدد اهتم الطب الوقائي " **Epidémiologie**" بقطاع باب الواد الجزائر عام 1996م بدراسة حول تطور ولادات ووفيات الأطفال الرضع، فمن الوسائل والمناهج المستعملة في هذه الدراسة:

أن عـدد الـولادة المسـجلة في الحالة المدنيةهي التي أخذت بعين الاعتبار في الفترة 1970-1995م.

- **النتـــائـــج:**

1- الولادات الحية:

فتبيـن أن في سنة 1970 أكثر من 600.000 ولادة مصرح بها في الحالة المدنية وفي عـام 1977م، ارتفعت إلى 700.000 ولادة حية وفي عام 1983م وصل عدد الولادات إلى 800.000 ولادة حية.

سـجلت فـي سـنـة 1985م، 84500 ولادة مصـرح بها، فلـوحظ في هذه الفترة 1985-1995 ارتفاع في معدل الولادات بـ 16000 كل سنة.

أما في سنة 1986م انخفاض المعدلات ووصل إلى 765000 ولادة حية فنجد في عام 1994 العـدد المسجل هو نفسه للسنة 1986م، وفي سنة 1995م انخفض معدل الولادات إلى أقل من 700000 ولادة حية التي سجلت عام 1977م [2].

2- وفيات الرضـع:

معدلات وفيات الرضع المسجلة في الحالة المدنية، لسنتي 70-1995م.

- عـدد وفيات الرضع الذي كان يقدر بـ 48000 في سنة 70 انخفض إلى 25000 في سنة 1995م مكسب عام يقدر بـ 23000.

- لقـد سجلنا ارتفاع في عدد وفيات الرضع في سنة 1971م؛ وأخر أكثر أهمية وثالث في 1979م، والرابع في عام 1994م وحادث أخير في سنة 1993م.

- معدلات وفيات الرضع التي قدرت تقريبا بـ 67000 في عام 1981م انخفضت إلى 39000 عام 1995م.

---

[1] MSP, UNICEF :enquête national sur les objectifs de la mi-decénie " MDG Algérien", 1995, Alger 1996.P .28. 32.

[2] UNICEF, OMS : Un quart de siecle d'étude sur la survie de l'enfant Algérienne, OP ; cit, P205.

- مقـــارنـــة بالوفيات المسجلة، نلاحظ ارتفاع ولكن متغيرة حسب السنوات وذلك من 42‰عام 1981م إلى 58.6 ‰في عام 1992م.

التـــباعد بيـــن ســـنتين متتابعتين مثلا بين 1981- 1982م يمكن أن تصل (10 نقاط)، بدون أن يفسر عن طريق عدد (المواليد الميتة)، والذي يتشابه مع السنتين [1].

3- المواليد الميتة:

- عدد المواليد الميتة المسجلة انتقلت من 9600 في سنة 1970م إلى 15600 في سنة 1995م، موقوفـــة بفترتيـــن مميزتين الأولى من عام 1970 إلى 1983م، ارتفاع مستمر، فـــترة الثانـــية من سنة 1983-1995م التي أظهرت نوع من الاستمرار في عدد المواليد الميتة.

حيث سجل عدد المواليد الميتة 18258 عام 1992م.

وتبين الدراسة أيضا أن هناك "**sur estimation**" لمعدلات وفيات الميتة وهذا السبب يعود للوفيات المزيفة بحيث ارتفعت من 16‰عام 1970م إلى 23.6‰ عام 1995م.

بمعنى أخر كلما تحسنت الظروف الصحية، كلما انخفضت نسبة وفيات الرضع؛ وكلما انخفضت نسبة وفيات الرضع، كلما ارتفع نسبة.

4- نسب وفيات الرضع:

وفـــي هـــذا الصدد فإن الديوان الوطني للإحصائيات لا تنشر معدلات وفيات الأطفال الرضع المصححة.

- عامـــة نســـبة وفيات الرضع المصححة انتقل من 130‰ لكل ولادة حية، في سنة 1970م إلى 55‰ وذلك عام 1995م، هذا الانخفاض كان واضح ولكنه غير ثابت.

- النســـب المصححة تنخفض تدريجيا لغاية سنة 1975م (110.5‰) ونلاحظ ارتفاع من جديد بين 1976-1979 إلى (115.2‰).

فتبيـــن الدراســـة كذلـــك انخفاض في نسبة وفيات الرضع، بطريقة محسوسة بين سنة 1985م (78‰) و1988م (60‰) وبعدهـــا نلاحظ فترة الاستقرار "**Stagnation**" بين 1989-1995م مع ارتفاع طفيف في نسبة وفيات الرضع سنة 1993 [2].

---

[1] UNICEF, OMS :IBID, P .206

[2] UNICEF, OMS : un quart de siecle d'eutde sur la survie de l'enfant Algérien, OP, cit, P 207.

ومـــن هـــذه الدراســـات –أيضـــا– دراسة جاك فالين "**valin jacque** " والتي كان موضوعها "الوفيات في الجزائر"، وقد اهتمت هذه الدراسة بحيث واقع ظاهرة الوفيات في الجزائر ومن تم إلقاء الضوء على الاختلافات الموضوعية لهذه الظاهرة، كتلك الاختلافات الخاصـــة بالسن والجنس وتلمس بعض الخصائص التي تتعلق بنمط الوفيات هذه بالإضافة إلى الإشارة إلى الاختلافات الاجتماعية والاقتصادية لهذه الظاهرة وتشير هذه الدراسة إلى مـــدى أهمية هذه الظاهرة كما أشارت إلى ارتفاع مستويات معدلات الوفيات بين الأطفال الرضع، خاصة في المناطق الريفيـــة، كذلك كشفت نتائج الدراسة عن الاختلافات واضحة فـــي مستـــويات معـــدلات الوفيات بين الأطفال تبعا للحالة التعليمية والنشاط الاقتصادي للأم والأب[1].

كمـــا اهتمـــت الجزائر أيضا بصحة الأم والطفل ومن بين أهم التحقيقات التي استهدفت ذلك:

1- تحقيق حول وفيات واعتلال الأطفال في الجزائر عام 1985–1989م.

2- المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل عام 1992م.

لقد تم إجـــراء هذا المسح على مستـــوى التراب الوطني بحيث نظمتـــه وزارة الصحة العمـــومـــية بمشاركـــة الديـــوان الوطنـــي اللاحصـــاء، تم جمع المعطيات من 16 إلى 1989/12/21 شـــمل المســـح على 45 ولاية تعلقت الأسئلة بالوفيات التي حدثت خلال الفـــترة 1985–1989، إذا شـــملت العيـــنة على 25422 أسرة عادية من 30437 عائلة نوويـــة (أب، أم، الأطفال) والهدف العام لهذا البرنامج هو الوصول بمعدل وفيات الأطفال إلـــى مســـتوى 50‰ (أي تخفيض من معدل الوفيات إلى النصف) دون أن يتجاوز هذا المعدل 80‰ عبر ولايات الوطن، وهذا إلى غاية نهاية 1990م [2].

ولتحقيق هذا المشروع كان يجب:

1- تخفيض معدل وفيات الأطفال المرتبطة بالجفاف الناتج عن أمراض الإسهال.

2- ضـــمان تغطـــية تحصينيه بـــ80% من الأطفال قبل بلوغهم سنتين من العمر ضد الأمراض المعدية.

3- تقديم خدمات تنظم الولادة على جميع المركز الصحية.

---

[1]JACQUE Valin : la Mortalité en Algérie, IN revue population, N° 6 INED, Paris, 1975 P 1041, 1044.

[2]MSP : UNICEF : le programme national de la lutte contre la mortalité et morbidité infantile en Algérie (1985, 1989) Alger 1992 P5.6.

4- تقليص وفيات الأطفال حديثة الولادة.

5-تنظيف المحيط وتموين السكان بالمياه الصالحة للشرب وتوفير خدمات صرف المياه القدرة وفضلات المنازل.

6- تخفـــيض نسبة الوفيات الأطفال دون سنة إلى 40% لكل ولادة حية ونسبة وفيات دون الخامسة إلى 50%.

7- مراقـــبة الوضـــع الغذائـــي للأطفال لمنع أي تدهور قد ينجم عن الأوضاع الاقتصادية الصحية.

8- تخفيض نسبة سوء التغذية المرتفعة والمتوسطة لدى الأطفال دون الخامس سنوات من العمر[1].

ومن النتائج المحصل عليها:

- من خلال فترة التحقيق 1985-1989، فإن نسبة التصريح بالحدث في حالة المدنية كانت بـــ96% للولادات و73% للوفيات.

- فـــيما يخص تغذية الطفل فإن نسبة 64.5% من الأطفال الأحياء دون سنتين، كانت لهم رضاعة طبيعية نسبة 38.6% و25% رضاعة مزدوجة.

فنسبـــة الرضاعة الطبيعيـــة قدرت بـــ 82.6% للرضع في الأسبوع الأول من الحياة و17.4% للأطفـــال الرضـــع البالغيـــن من العمر ما بين 18 و24 شهر تبين من خلال التحقـــيق أنـــه لا يوجـــد اختلاف ملحوض بين الجنسين ولكن فترة الرضاعة تنقص من الشـــمال إلـــى الجـــنوب ومن المناطق النائية إلى المناطق المكتظة، ومن الأمهات الغير متعلمات إلى الأمهات المتعلمات.

- 73% من الأطفال الدين يتراوح أعمارهم ما بين 2 إلى 11 شهر عرفوا تنوع في الرضـــاعة بـــــ55.7% للدين تبلغ أعماهم 3 و5 أشهر، وهذا التنوع نجده مرتفع عند الأمهات المتعلمات في المناطق المكتظة في شمال البلاد.

- مـــن بين 31443 طفل اقل من 5 سنوات أصيب منهم 3818 طفلا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للتحقيق، أي ما يقارب بـــ (12.1%) شملت الإسهالات الحادة.

---

[1]MSP : UNICEF : le Programme national de lutte contre le mortalité et la mortalité infantile (1985. 1989) OP, cit P. 56.

- أمـــا معدل انتشار الإسهال خلال الأسبوعين السابقين على التحقيق قدر بـــ11.3% ومعدل حدوث الإسهال قدر بـــ7.8% [1].

وأهـــم النتائج التي توصل إليها التحقيق هو وجود 32945 ولادة حية و10502 وفيات دون 5 ســـنوات بحيـــث ســـجلت هذه الوفيات عند 4.8% من العائلات المدروسة فمعدل الوفيات قدر بـــ41.0‰ للأطفال الرضع دون 5 سنوات، كما نلاحظ ارتفاع نسبة الوفيات الذكور في كل سنة.

كمـــا يبيـــن التحقـــيق دور المستوى التعليمي للأمهات بحيث أوضح أنه هناك ارتفاع للوفيات عند الأمهات غير المتعلمات و اللواتي يسكن في المناطق النائية، أما الوفيات بعد المواليـــد المـــبكرة فقـــدر بـــ82.1‰ و الولادات الميتة بـــ46.2‰ من وفيات الأطفال الرضع، والوفيات المواليد المبكرة الجدد تقدر بـــ 12.9‰.

فخطورة الوفاة عند الرضيع تكون أكبر بـــ5 مرات عند الأمهات اللواتي لديهم توأم [2]

- المسح الجزائر حول صحة الأم والطفل عام 1992.

قامـــت وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات والجامعة العربية بمسح حـــول صحة الأم و الطفل عام 1992 "**PAPChild**" فلقد كان تطرقنا للمسح الجزائري ضروري لمعرفة وفيات الأطفال عامة والرضع خاصة على المستوى الوطني، فهو يعتبر المســـح الـــرابع مـــن نوعه ضمن المشروع العربي لنهوض بالطفل، ولقد تم إجراءه عام 1992م.

لقـــد تـــام المسح يتجمع بيانات عن وفيات الأطفال وإصابتهم بالأمراض بالإضافة إلى العوامـــل المؤثرة على صحة الطفل (العوامل البيئية، استخدام خدمات الصحية، الوقائية والعلاجية، وتغذية الطفل).

مـــع العلـــم أن الوضـــع الصـــحي للأطفال يتأثر بعدد من العوامل البيئية والاقتصادية والديموغرافية، لذلك سوف نلخص أهم هذه العوامل على المؤشرات صحة الطفل الرضيع بالجزائرمـــن خـــلال نـــتائج المســـح، كمـــا سنتعرض إلى مدى استخدام الصحة الوقائية والعلاجية بغرض تحسين الوضع لدى الرضع.

---

[1] MSP : UNICEF : le Programme de lutte contre le mortalité et la morbidité infantile en Algérie (1985 – 1989) OP . cit P. 67.

[2] M.S.P : UNICEF : IBID. P7-8.

أشـــارت نـــتائج المسح الجزائري إلى الانخفاض الملحوظ في معدلات وفيات الرضع خلال العقدين السابقين، حيث انخفض هذا المعدل إلى حوالي 120 بالألف في السبعينيات وإلى حوالي 44 بالألف في أوائل الثمنينات، هذا انخفض الأطفال الرضع بالرغم من ذلك توجـــد تبايـــنات واضـــحة بيـــن الأطفـــال فـــي احتمالات البقاء على قيد الحياة الصحية والاجتماعية، إن هناك ضعف كبير في شبكة هياكل استقبال أطفال الريف للعناية بهم، فهم يـــتلقون التطعيم الكامل ضد الأمراض السارية على عكس، مدن الحضر التي تتوفر فيها الإعـــلام الـــذي يلعب دورا كبيرا في التوجيه، كذلك يعود هذا الاختلاف إلى مكان ولادة الطفل الذي يجب أن يضمن وسط صحي مهيأ طبيا، وهذا ما لا نجده في الريف.

كمـــا اتضـــح مـــن خـــلال نـــتائج المسح أن معدل وفيات الأطفال يتأثر بالخصائص الديموغرافية للأم (سن الأم عند الإنجاب وطول الفترة بين الولادات).

فكلمـــا قـــل ســـن الأم عـــند الإنجاب عن 20 عام أو زاد عن 35عام يتعرض الطفل للاحتمالات وفاة متزايدة بصورة ملحوظة عن احتمالات التي يتعرض لها بقية الأطفال[1] .

أما البنسبة للأعراض الرئيسية التي تسبق وفاة الطفل، فإننا نجد حسب نتائج المسح أن الولادة المبكرة، الحمى، وأمراض الجهاز التنفسي، أهم الأعراض المعدية التي تسبق وفاة الطفل في الفئة العمرية من شهر إلى أحد عشر شهرا.

كمـــا أشـــارت النـــتائج أن نسبة الإصابة الأمراض المعدية تكثر في المناطق الريفية، خاصة بالنسبة للإسهال حيث تعرض حوالي 9% من الأطفال الذي أصيبوا بهذا المرض إلى حالات جفاف خطيرة والتي تعتبر آفة حقيقية للصحة العمومية، هذا بالنسبة للأعراض الرئيســـية التـــي تسبق وفاة الطفل، حسب نتائج المسح، أما بالنسبة لطرق الوقاية من هذه الأمـــراض والمتمثلـــة في التطعيم، فإنه حسب المعلومات المستقاة من المسح فإن حوالي 96% من الأطفال دون سن الخامسة، قد تلقوا نوع من التطعيم لكل من الأمراض السابقة الذكر من للحد من الوفيات.

بالـــرغم مـــن ارتفـــاع معـــدل التطعيم فإن عدم معرفة الأم بالأعمار المناسبة لتناول التطعيمات المختلفة يعد من أهم الأسباب المؤدية لعدم استكمال التطعيم الصحيح، حيث أن المستوى التعليمي للأم يلعب دور هما للحد من وفيات [2].

---

(1) وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات الجامعة العربية، المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، التقرير الأولي في الجزائر ، 1992، ص 2-7.

(2) وزارة الصحة والسكان ديوان الوطني للإحصائيات، الجامعة العربية: نفس المرجع، ص 13-25.

إن خلاصة بيانات المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل يشير إلى اهتمام واضعي بـــرامج السياسات الصحية بحيث يركز على بعض المحاور الأساسية السياسات الصحية، أهمهـــا الاهـــتمام بوضـــع سياسات وبرامج صحية تؤدي إلى خفض أكثر لمعدل وفيات الأطفال وبوجه خاص التركيز على تقليل التباين في معدلات وفيات الأطفال بين المناطق الريفية والحضرية وبين الأقاليم المختلفة إضافة، إلى تحسين البيئة داخل المنزل والأماكن المحـــيطة بها حاليا كل هذه الخطوات تساعد على تقليل انتشار الأمراض المعدية ونقص معدل وفيات الأطفال [1].

[1] وزارة الصحة والسكان ديوان الوطني للإحصائيات، جامعة العربية: **المرجع السابق** ص 26-33.

الفصل الأول

الوضع السكاني والسياسة الجزائرية

في الميدان الصحي

الفصل الأول :الوضع السكاني والسياسة الجزائرية في الميدان الصحي

المبحث الأول : **الوضعية السكانية في الجزائر**

المبحث الثاني : **السياسة الصحية في الجزائر**

المبحث الثالث : **البرامج الصحية و الوسائل الأساسية الخاصة بخفض معدل وفيات الرضع في الجزائر**

تمهيد:

تعتبر المسألة الصحية في العالم الثالث بصفة عامة وفي الجزائر بصفة خاصة أهم من المواضيع التي تشكل اهتمام الأطباء العاملين، الصحفيين، وحتى علماء السياسة والاجتماع خلال القرن 20 فالكثير من المجتمعات العالم اليوم تخوض معارك تنموية صحية محاولة أن تجعل من نفسها مجتمعات قوية توفر لأبنائها الصحة الجيدة مركزة بذلك على ترسيخ قواعد برامج التثقيف الصحي في سلوكا تهم اليومية. علمًا بأن جل المشاكل الاجتماعية في هذه المجتمعات تدور حول موضوع الصحة ومن ثم فإن موضوع الصحة بالنسبة للجزائر يعتبر موضوعا هاما للدراسة والبحث وخاصة إذا علمنا أن معظم الدراسات التي أجريت في ميادين التنمية الاجتماعية الصحية في الجزائر قام بها الأجانب زيادات قصيرة للبلد ولكن الشيء الأكيد أن الجزائر قد عملت بشكل فعال في تطهير هذا الميدان، فلدا سوف يقتصر البحث على دراسة المجهودات التي بدلتها الجزائر في الميدان الصحي والمراحل التي مرت بها السياسة التي اتبعتها في تحقيق الأهداف التنموية الصحية.

المبحث الأول : *الوضعية السكانية في الجزائر.*

يشكل التزايد السكاني إحد المواضيع الرئيسية الذي يفوض نفسه عالميا، والذي لقي اهتماما كبيرا من طرف الهيئات الدولية لما تحمله من تأثير على المحيط الإجتماعي والسياسي و يظهر هذا الإهتمام من خلال البحوث والدراسات التي أنجزت بالبلدان المعنية بالأمر خاصة في البلدان العالم الثالث والتي حاولت من خلالها الوصول إلى أنجع الحلول من أجل التخفيف والتنظيم العائلي نظرا لأهمية العلاقة التي تربطه بالجانب الإقتصادي، وقد أشار المؤتمر الثالث للسكان والتنمية الذي أنعقد بالعاصمة المصرية القاهرة في 6 سبتمبر 1994م إلى هذه العلاقة والحد من التزايد السكاني في الدول العالم الثالث، خاصة إفريقيا منها والذي يقدر ب 3% سنويا يفوق أكثر من نقطة نسبة التطور الإقتصادي، إن إنعقاد هذا المؤتمر جاء نتيجة الوعي بخطورة النمو الديموغرافي ومدى مساهمته في إنتشار الفقر في العالم.

إن الاهتمام بعملية الديموغرافية والسكان يهدف بالدرجة الأولى إلى تخفيض نسبة الفقر في العالم، وهذا ما أكده رئيس البنك العالمي **Preston Louis** خلال المؤتمر المذكور سابقا بقوله "إن الهدف من بحثنا في السياسة الديموغرافية يكمن في محاولة إيجاد إستراتيجية أكثر اتساعا وفعالية لمحاربة ضد الفقر والوفاة".

والجزائر بوضعها جزء من العالم بصفة عامة، والعالم النامي بصفة خاصة قدر عدد سكانها حسب الإحصائيات 1901 بـ 4089.000 نسمة، وتجدر الإشارة إلى إن أول إحصاء عام لسكان والسكن قد أجريا بعد الإستقلال سنة 1966م، أين قدر عدد السكان أنذاك بحوالي 12 142000 [1]، ثم تضاعف العدد خلال 20 سنة تقريبا إلى أن يصل في تعداد السكان سنة 1987بحوالي 23.050 مليون نسمة [2]؛ بمعدل تزايد طبيعي 3% وبدأ هذا الأخير في الانخفاض التدريجي، حيث قدر عام 1995 ب 2,3 % [3].

---

[1] Ali Kouaouci : Famille femme et contraception, contribution a un sociologie de la famille, Alger, 1992P 9.

[2] ONS : Données statistique N° 18 janvier, Mars, 1998. P3

[3] CENEAP : Population, société, développement, Op. cit .P.52.

وقدر عدد السكان الجزائر في نوفمبر من نفس السنة (1995) بـــ 28,2 مليون نسمة، بحيـــث نلاحـــظ تضـــاعف في عدد السكان خـــــلال 30 سنة، و يعود سبب هذا التزايد السكاني في توفير الرعاية الصحية والطب المجاني سنة 1974م، وخاصة انتشار التعليم، وكـــذا ارتفـــاع المستوى المعيشي للمواطنين، وهذا ما أدى إلى إرتفاع في معدل الولادات والانخفـــاض فـــي مســـتوى معدل الوفيات، إذ نجد نسبة النمو السكاني للجزائر من أكبر النســـب في العالم في التمانينات، أما في التسعينات فقد قدرت ب 2,7% عام 1993م كما تتمتـــع الجزائر بمجتمع شباب، حيث كانت نسبة الشباب الذين تقل أعمارهم عن عشرين (20) سنة على الدوام أكثر من 60 % [1].

والجـــدول التالـــي يوضح تطور المؤشرات الديموغرافية، قبل منتصف التمنيات للفترة 1966-1985(%)

جدول رقم (1) تطور المؤشرات الديموغرافية للفترة 1966.1985 (%)

الفترة	معدل الوفيات	معدل الولادات	معدل النمو الطبيعي
1966	14,90	47,80	32,90
1970	16,70	50,10	33,40
1975	16,90	47,30	31,40
1980	10,90	42,70	31,80
1981	9,49	41,04	31,60
1982	9,10	40,60	31,50
1983	8,80	40,44	31,60
9519	8,60	39,50	31,10

Source :O N S : Données Démographiques, N° 106 Alger 1993

بحيـــث سجل في بداية 1980 تسارع في انخفاض الوفيات الذي أصبح أقل من 10%، كما يلاحظ انخفاض في الولادات.

فـــبالرغم من الانخفاض الطفيف لمعدل الخصوبة العامة، حيث كانت تقدر بـــ8,4 طفل لكل امرأة سنة 1970 إلى 7,4 طفل لكل امرأة سنة 1979م، ليبقى في مستويات عالية أي أكثر من (6) أطفال لكل امرأة إلى غاية 1985م.

[1] اليونسف:الطفل الجزائري : الجزائر 1993 ص 6. و 7.

ويمكـــن تفسير هذه الخصوبة العالمية لعدم إنتشار وسائل الحمل والزواج المبكر للشباب الجزائـــري، فالـــــزواج بالنسبة للمرأة هو 20 سنة في عام 1980م، مقابل 18سنة عام 1970م[1] والجدول التالي يوضح تطور المؤشرات الديموغرافية للفترة 1986-1997م.

جدول رقم (2) يوضح تطور المؤشرات الديموغرافية لفترة 1986-1997م.

الفترة	معدل الولادات	معدل الوفيات	معدل النمو الطبيعي
1986	34.70	07.30	27.30
1987	34.60	6.90	27.60
1988	33.90	6.60	27.30
1989	31.0	6.00	25.0
1990	30.94	6.03	24.94
1992	30.41	6.09	24.32
1994	28.24	6.56	21.68
1995	25.33	6.43	16.90
1996	22.91	6.03	16.88
1997	22.47	6.12	16.35

Source : ONS :Démographie Algérienne .N° 227. Alger.1997.

تعتـــبر سنة 1986 بمثابة قطيعة للوضعية السابقة فخلالها سجل انخفاض هام للوفيات وانخفـــاض نسبـــي في معدل الولادات حوالي (05) نقاط، حيث انتقل من 39.5 % عام 1985م إلـــى34.7%عـــام 1986 [2] وتواصلت هذه التغيرات فقدرت نسبة الولادات بـــ 30.4% ســـنة 1992م، كمـــا تمكن التغير أيضا في نسبة النمو الطبيعي الذي بلغ و لأول مـــرة بعـــد الاســـتقلال إلى أقل من 3% فانتقل من 30.1% عام 1985م إلى 2.7% عام 1986م ليصل إلى نسبة 2.4% سنة 1992م، وبتشجيع السكان على تنظيم النسل استمرت عمليـــة انخفـــاض عـــدد الأطفال لكل امرأة في هذه المرحلة حيث قدر هذا الأخير سنة 1987م، بـــــ 5.3 طفل لكل امرأة ووصل سنة 1992 إلى 4.6 طفل لكل امرأة، ليصل إلى 4.3 طفل لكل امرأة عام 1995 [3].

---

[1] MSP : Programme national de la maîtrise de croissance démographique , Alger. 1993 P 4.

[2] ONS : Données statistique N°106, Alger .1990

[3] CENEAP : Population, société et développement, OP- cit ; P53.

وهـذا إن دل على شيء وإنما يدل على تغير السلوك الإنجابي للمرأة الجزائرية وذلك بانتشـار التعليم وخروج هذه الأخيرة إلى العمل، كما ينبغي الإشارة إلى تأخر سن الزواج عـند المرأة الجزائرية حيث أصبح عام 1992م. مقدر بـ 24 سنة، وذلك بعد ما كان في سنة 1966 بحوالي 18.3 سنة وارتفع إلى 26 سنة عام 1992م [1].

وتعتبر ظاهرة الوفيات عنصر أساسيا من عناصر التغير السكاني وهو إحدى المراحل الديناميكـية المجتمع، ومعدل الوفيات في الجزائر كان مرتفعا في بداية هذا القرن، ثم بدأ فـي الانخفـاض خلال العشرينات والثلاثينات وارتفع فجأة خلال الأربعينات، ويعود ذلك إلـى الأزمـة 9.5% سنة 1972م ثم أصبح هذا الإنخفاض سريعا ابتداء من عام 1977م والثمانيـنات [2] وبقيت قيمة ثابتة خلال التسعينات على مستوى 6 بالآلف والجدول التالي يبين إنخفاض معدل الوفيات الخام من 1984-1995م.

جدول رقم (3) يبين انخفاض في معدل الوفيات الخام للفترة 1984-1995 (%)

الفترة	معدل الوفيات الخام‰
1984	8.60
1986	7.34
1988	6.62
1990 **	6.00
1992 **	6.09
1994 ***	6.56
1995 ***	6.55

المصدر* :الديوان الوطني للإحصائيات: المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر رقم 14 نشرة 1990 ص 37

** الديوان الوطني للإحصائيات المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر رقم 16 النشرة 1994 ص 40.

*** الديوان الوطني للإحصائيات : المجموعة الإحصائية السنوية الجزائر رقم 17 نشرة 1996 ص34

[1] CENEAP: Population, societe et developpement, op. cit p25.

[2] مربعي السعيد: التغيرات السكانية في الجزائر (1936-1966) المؤسسة الوطنية للكتاب الجزائر 1984 ص 145.

يتبيـــن لـــنا أن معدلات الوفيات العامة في الجزائر قد إنخفض بشكل مستمر وملحوظ خلال فترة 1984-1995م، ومن الأسباب التي أدت إلى هذا الإنخفاض نجد لجوء الدولة إلـــى وضع سياسة صحية وطنية قامت من خلالها بمكافحة الأمراض الوبائية التي كانت كثـــيرة بعد الاستقلال وكذا تعميم العلاج الوقائي، وقد تأكدت هذه المهام خاصة مع وضع سياسة الطب المجاني عام 1974م، وذلك حتى يتمكن أغلبية أفراد المجتمع من نيل نصيب العـــلاج وهـــناك سبب آخر أدى إلى إنخفاض وفيات العامة هو إنخفاض وفيات الأطفال الرضـــع، والتـــي كانت لها إنعكاس كبير. حيث يمثل 20% من الوفيات العامة، والشيء الـــذي نلاحظه من خلال الجدول السابق، هو أن معدل الوفيات الخام إنتقل من 6 بالآلف في سنة 1990/ إلى 6.5 بالآلف عام 1994م.

فـــبعدما كانـــت الجزائر توجه اهتماماتها بعد الاستقلال وخلال السبعينات إلى الوفيات العامة من خلال وضع سياسة صحية شاملة، التي توضحت مع سياسة الطب المجاني لعام 1974م، حيث انخفض معدلات هذه الوفيات إلى مستوى مقبول (8.6‰ في سنة 1984). من هنا أخذت هذه السياسة الصحية منعطفا جديد، حيث أصبحت توجه اهتمامها بالأطفال والأطفال الرضع خاصة، من خلال وضع برنامج مكافحة وفيات الأطفال، فمن المعروف أن الوفيات تختلف حسب السن، أي أنها تتغير بين الكبار والصغار، وهكذا فإننا نميز بين نوعين من الوفيات في الأعمار الصغرى (1-4 سنوات) ووفيات الأطفال الرضع(0-1سنة)

فـــيما يخـــص الوفيات الأكثر من 1 سنة، فهي الأخرى عرفت إنخفاضا وهذا ما يبينه الجدول التالي:

جدول رقم (4) تطور الوفيات الأطفال 1-4 سنوات لـــ (‰)

السنوات	معدل وفيات الأطفال ‰
1981	39.8
1985	13.2
1991	8.2
1996	2.26

Source : MSP : Liste des indicateurs du secteur de santé secrétariat générale , édition spéciale, Alger .1996

ومن الملاحظ أن دراسة توزيع الوفيات الأقل من خمس سنوات حسب عمر الوفاة تبين لنا أن نسبة وفيات الأطفال الرضع أكثر أهمية وسيطرة على نسبة وفيات الأطفال، وكما سلف الذكر فإن ظاهرة الوفيات تعتبر عنصرا من أهم عناصر التغير السكاني، وهو عامل رئيسي مقرر النمو السكاني، وإن الاكتفاء بحساب معدل الوفيات العام لا يكفي وحده لمعرفة وتقيم المستوى الصحي للمجتمع، ولذا وجد مؤشرا آخر أكثر دقة ودلالة على مستوى الوفيات والمتمثل من دون شك في معدل وفيات الأطفال الرضع، ويستخدم هذا الأخير كمقياس لمقارنة المستوى الصحي في المجتمعات بعضها البعض، ويلاحظ التفاوت الكبير في معدلات الرضع بين البلدان المتقدمة اقتصاديا والبلدان المتخلفة اقتصاديا، فقد يصل في البلدان المتخلفة إلى أكثر من أربع أمثال الدول المتقدمة [1].

وفي الجزائر هناك حوالي 28000 وفاة أقل من سنة مصرح بها في الحالة المدنية كل سنة وعلما أن عقب الإستقلال كان معدل الوفيات الرضع في الجزائر من أعلى المعدلات في العالم حيث كان يقدر بـ 140‰ لكل ألف ولادة حية، ثم انتقل سنة 1971م إلى 120‰ [2] ومع توسع الشبكة الصحية والتقدم الحاصل في الخدمات الصحية تناقص معدل الوفيات الأطفال بشكل ملموس ليصل إلى 54,8% عام 1995م [3].

أما عن الخاصية الأساسية للوفيات في الجزائر مرتفعة عند مرحلة الطفولة وبالضبط خلال السنة الأولى من الحياة، ومنه فإن احتمال الوفاة من 0-1 سنة يستعيد فيمته عند العمر 65 سنة. ومن المتضمن أنه كلما زادت وفيات الأطفال، وصغار السن تقتصر أمل الحياة ويطول كلما قلت وفيات صغار السن، كلما مات الناس بعد عمر طويل [4].

إن احتمال الحياة عند الولادة في الجزائر ارتفع خلال 10 سنوات، حيث انتقل من 51.1 سنة للذكور و52.2 سنة للإناث عام 1966، إلى 53.0سنة للذكور و53,5 سنة للإناث عام 1977م. تم ارتفاع بحوالي 12,7 سنة للذكور عام 1987م.

---

(1) فوزي علي حاد الله: الصحة العامة و الرعاية الصحية، دار المعارف بمصر الإسكندرية. ط 3 1975، ص 18

(2) MPS : enquête Nationale sur les objectifs de la mi-décennies, santé de la mère et de l'enfant. op cit P18-19.

(3) ONS : Démographie Algérienne. N° 277. Alger.1997

(4) عبد الفتاح محمد وهيبة: في جغرافيا السكان: دار النهضة العربية، بيروت، 1972 ص 87 ..

حيـــث قـــد ر أمل الحياة عند الولادة ب 65,7 سنة للذكور و66,33 سنة للإناث، أي إرتفاع مقدر بـــ 18,8 سنة [1] ليصل إلى 67,96 سنة عام 1996م، أي 67,32 للذكور، و68,61 للإنـــاث [2]. والجدول التالي سيوضح تطور أمل الحياة عند الولادة في الجزائر للفترة 1983-1996م.

جدول رقم (5) تطور أمل الحياة عند الولادة للفترة 1983-1996م.

الفترة	*أمل الحياة عند الولادة بالسنوات*
1983	**62.4**
1985	**63.60**
1987	**65.41**
1989 **	**66.31**
1990 **	**67.3**
1993 ***	**66.11**
1994 ***	**69.6**
1996 ***	**67.96**

المصدر:

1- الديوان الوطني للإحصائيات: المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر. رقم 14.الجزائر 1990 ص37

2- الديوان الوطني للإحصائيات: المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر. رقم 16. الجزائر1991 ص40.

3- الديوان الوطني للإحصاء: المجموعة الإحصائيات السنوية للجزائر رقم 17. الجزائر، 1996 ص 34.

---

[1] Ali Kouaouci : FAMILLE. Femmes et contraception. Op- cit p20

[2] CENEAP : Population. société et développement . OP – cit .P 81.

المبحث الثاني : *السياسة الصحية في الجزائر.*

خاضـــت الجزائر منذ الاستقلال تجربة طموحة في التنمية الصحية. نظرا للدور الذي تلعـــبه هـــذه الأخـــيرة في مجال حل مشاكلها الاجتماعية، بحيث أصبحت مسائل تدهور الصـــحة أهـــم المواضـــيع التـــي يتركز عليها الاهتمام السياسي، إلا أنها باتت تهدد حياة المواطـــن الجزائـــري، وعليه تبنت الجزائر منذ تلك الآونة مخططات صحية كبيرة تعمل علـــى مواجهـــة المشاكل التي بررت في الربع الأخير من القرن الحالي، كما عملت على تربـــية المواطنيـــن تربية صحية لدرء الخطر على حياتهم ووجودهم، ومن بين الأخطار هي:

- **انتشار الأوبئة والأمراض المعدية:** بسبب حدة الفقر وانعدام النظافة في المناطق الأهلة بالسكان.

- **الانفجـــار السكاني:** ارتفاع نسبة عدد السكان الذي تسبب في مشاكل رعاية الأطفال وحمايتهم من الأمراض بالرغم من انتهاج الدولة سياسة ما يسمى بتنظيم الأسر، كما شنت حملة ضد الزواج المبكر وكذلك برفع مستوى سن الزواج قانونيا، ونشر الدعاية لاستعمال وســـائل منع الحمل... غير أن هذه السياسة لم تحقق نتائج إيجابية نظرا لعدم احترام الناس معادلـــة تـــباعد الـــولادات وانعدام مواكبة هذه السياسة مجموعة متكاملة من الإجراءات الاقتصـــادية والاجتماعـــية اللازمة[1] ونظرا لهذه المعطيات عملت الجزائر منذ الاستقلال علـــى إعادة تنظيم الصحي المورث من الاستعمار الفرنسي وهذا التنظيم الصحي تم عبر ثـــلاث مراحل [2] ثم حاولت فيها الدولة إعادة تنظيم الرعاية الطبية وتقرير برنامج صحي يستهدف على المدى العاجل القضاء على الأمراض الوبائية.

---

[1] نبيلة بوحبزة: الاتصال الاجتماعي الصحي دراسة نظرية ميدانية، رسالة الماجستير، معهد علوم الإعلام والاتصال، جامعة الجزائر 1996. ص

[2]Mostafa Khiati : Quelles santé pour les Algériens, collection universitaire édition Maghreb, Alger, 1990 .P 24.

1- المرحلة الأولى: (1962-1973).

الوضـــع الصـــحي للجزائر غداة الاستقلال يمكننا وصفه بالوضعية المتردية مع انتشار المـــرض والفقـــر و بنـــية صحية متخلفة ومحطمة خاصة بعد الهجرة الجماعية للأطباء الفرنســـيين، ولمواجهـــة هذا الوضع لجأت الجزائر إلى طلب المساعدة الدولية (روسيا، الصـــين، بلغاريـــا، رومانـــيا، مصر) وفي هذا السياق تم صياغة مجموعة من الأهداف والإجراءات منها [1].

- مجانية الاستفادة من خدمات مراكز الأمومة والطفولة (PMI).
- إلزامية التبليغ عن الأمراض المعدية وذلك سنة 1963م.
- انتشـــار التطعـــيم ومجانـــية لخمسة أمراض (السل، التيتانوس، السعال الديكي، شلل الأطفال، الجدري) عام 1969م.
- الحملة الوطنية للتطعيم بـــ B.C.G و شدت شلل الأطفال سنة 1969-1970م.

كمـــا نجـــد مـــن جهة آخرى المخططات التنموية وما تضمنه من برامج ومشروعات صـــحية مـــن أجـــل تحسين الوضع الصحي فالمخطط الثلاثي الأول (67-69) يتضمن الأهداف التالية [2].

- إنشـــاء عشر مستشفيات ومائة وتسعة (109) عيادة صحية متعددة الخدمات و629 مركـــز صـــحي ومن بين مستشفيات المبرمجة تم الإنتهاء من انجاز ستة مستشفيات فقط وذلك سنة 1976م.

نجـــد أيضـــا المخطـــط الرباعـــي الأول (1970-1973) يتضمن مشروعات لتجهيز المؤسســـات الصـــحية لســـد العجز المسجل في عدد الأسرة الإستشفائية، حيث تم وضع بـــرنامج لـــزيادة 600 سرير، منها 200 سرير للمستشفيات الجامعية و100عيادة متعددة الخدمات و100 مركز صحي و10 مركز توليد، مجموعة مخابر للنظافة الولائية.

يلاحـــظ فـــي هـــذه المرحلة غياب أي مشروع صحي وطني، كما ركزت المخططات التـــنموية علـــى الجانب المؤسساتي (المادي) أكثر من الجانب الوقائي التربوي إذ أن هذه المخططات لم تتضمن أي برنامج وطني لمكافحة وفيات الأطفال بما فيها الرضع.

---

[1] عياش هواء: التنمية الصحية وتوزيع فرص الوقاية والعلاج في مجتمعات العالم الثالث دراسة الحالة الجزائريين لسنتي 1930-1990 رسالة ماجستير، علم الاجتماع، الإسكندرية 1992ص 246.

[2] جبهة التحرير الوطني : الميثاق الوطني . الجزائر 1976 ص 177.

2- المرحلة الثانية: (1974-1980) مجانية العلاج.

سـبق هذا القرار (مجانية العلاج) إنجازات عديدة هامة على مستوى التنمية الاقتصادية والاجتماعـية منها تنفيذ المخطط الثلاثي الأول والمخطط الرباعي الأول. كما يمثل الطب المجاني قاعدة نشاط الصحة العمومية في الجزائر وإن تطبيقه الفعلي على مستوى مجموع السكان يستلزم توسيع الهياكل الصحية وتوزيعها توزيعا عادلا عبر كل أنحاء البلاد.

وينص الدستور في مادته 67 أن لكل المواطنيين الحق في الرعاية الصحية وهذا الحق مضمون عن طريق توفير الخدمات الصحية عامة ومجانية.

نجد أيضا في هذه المرحلة المخطط الرباعي الثاني (1974-1977)، حيث ينص على إنشاء (50) مستشفى و160 عيادة متعددة الخدمات و300 مركز صحي و25 عيادة توليد.

أمـا بالنسبة للعاملين الصحيين فقد تم برمجة 12مدرسة للتكوين الطبي سعة كل واحدة 300 مقعد بيداغوجي.

ارتفع عدد المساعدين الطبيين بأربع مرات قبل سنة 1978م. حيث بلغ في سنة 2400 لكـن يعاني من نقص كبير مهم في بعض التخصصات كما تزايدت الأدوية المباعة عشرة مرات إذ بلغت سنة 1978م قيمة 1,335 مليون دج[1].

عرفـت نسبة المستشفيات في هذه المرحلة نسبة انجاز جد متوسطة، كما عرف تكوين الأطـباء تزايد واضحا إلا أن توزيعهم الجغرافي بالنسبة لفئات السكان بقي غير متوازي، كما كان ينظر في هذه المرحلة للمشكلا ت الصحية بعيدا عن الأبعاد الإجتماعية أو ينظر إليها على أنها مشكلات عضوية يمكن علاجها في حدود المستشفى لذلك نجد أن المستشفى كـان العنصـر المركز في عملية التنمية الصحية، حيث كان يستفيد بثلاثة أرباع الموارد المخصصة لقطاع الصحة [2].

رغـم التغيـير الملاحـظ تبقى هذه المرحلة تتسم بنسبة عالية لوفيات الأطفال بما فيها الأطفال الرضع، والحماية والنظافة العمومية، حيث قدر معدل وفيات الأطفال لسنة 1979 بـ 115.2 ‰ و102.8 ‰ لسنة 1980[3].

---

[1] -وزارة التخطيط: المخطط الخماسي الأول، الجزائر، 1980-1984. ص 132.

[2] عياش وهواه : المرجع السابق ص 262.

[3] ONS : Données statistique démographiques –n° 106. Alger.1990

3-المرحلة الثالثة: (1980-1990م)

تطبيق الطب المجاني في شكل القاعدة لإعادة تنظيم عميق لقطاع الصحة وتطويره، كما نجد في هذه المرحلة المخطط الخماسي الأول (80-84) يحمل أهداف جديدة منها:

- إعادة النظر في تنظيم هياكل الشبكة الصحية و توزيع الأطباء والمساعدين الطبيين واستهلاك الأدوية ليتسنى التوزيع المنطقي للخدمات الصحية عبر الوطن وفقا للفئات الأكثر إحتياجا.

- إعادة خريطة وطنية للصحة تأخذ بعين الإعتبار تحديد أماكن وجود السكان وتنفيد البرامج في أقرب الأجال.

خلال الفترة (80-1984) تم استلام 31 مستشفى تضم 5800 سرير منها 20 مستشفى ينجز بالبناء المصانع، كما شهد عدد المستخدمين ارتفاعا محسوسا بفعل فتح ملحقات في مجموع القطاعات الصحية [1]. وقد سجلت الحالة الصحية للمواطنين تحسنا ملحوظا تجسد بانخفاض في عدد وفيات الأطفال، حيث قدر بـ 81,4‰ سنة 1984م و60,4‰عام 1988م، كما ارتفع أمل الحياة عند الولادة حيث قدر بـ 63,6 سنة، عام 1985م؛ في حين كان يقدر بـ 57 سنة عام 1979 [2].غير أن ضعف البرامج العلاجية أو الخاصة بالعلاج الوقائي أي التطعيم والنظافة في المدارس وحماية الأمومة والطفولة، لم تسمح بتسجيل النتائج المنتظرة.

جاء المخطط الخماسي الثاني (85-89) بأهداف عديدة لكن يبقى الهدف الأولوي الواجب تحقيقه وهو تلبية الحاجات الأساسية للمواطنين في مجال الصحة وبالتالي ينبغي توجيه الأعمال الأساسية نحو [3].

- تعزيز التنظيم والتسيير و سير المصالح الصحية.
- تحسين الحالة الصحية (توسيع عملية التطعيم، تحسين النظافة).
- تعزيز التغطية التحصنية، وذلك بالانتهاء من البرنامج الحالي والشروع في برنامج جديد.
- التوازن الجهوي (إعطاء أهمية للمناطق المحرومة).

---

[1] وزارة التخطيط: المخطط الخماسي الثاني الجزائر، 1985. 1989 ص 60.

[2] ONS : Données statistique Démographique N° 106. Alger 1990

[3] Mostafa Khiati Quelle santé pour les Algérienne op cit. P 25

الإعـــلام فـــي ميادين الإحصاء: إصلاح الشبكة الإحصائية والإعلامية وجعلها جزء لا يتجزء من المنظومة الوطنية للصحة.

كمـــا تم إصدار قانون يسمح بعمل القطاع الخاص[1]. حيث أن التكوين المكثف للكوادر الطبـــية وزيـــادة عدد المؤسسات والمراكز الصحية والاستيراد المكثف للتكنولوجيا الطبية المـــتقدمة وإدخال برنامج الطب الوقائي ضمن خطط التنمية الصحية كانت هذه الأساليب تعمل في اتجاه ليبرالية العلاج وتدعيم القطاع الخاص.

لقـــد حققت الجزائر نوعا ما أهدافها المسطرة في مخططاتها التنموية مثلا في المخطط الخماسي الثاني كانت تهدف إلى الحصول على أرقام في سنة 1989 هي كالتالي.

- طبيب واحد لكل 2000 نسمة.
- جراح أسنان واحد لكل 6000 نسمة.

في سنة 1991م العاملون في القطاع الصحي هم كالتالي:

- طبيب واحد لكل 1041 نسمة.
- طبيب أسنان واحد لكل 3352 نسمة.

تعـــود مصـــاعب نظـــام الرعاية الصحية في أغلب الأحيان إلى مشاكل تنظيمية وإلى نقـــص المعـــدلات أو المـــوارد البشرية. أما بالنسبة لمكافحة أمراض الطفولة تهدف إلى تخفيض وفيات الأطفال دون سنة إلى 50% ولادة حية حتى نهاية عام 1990م [2].

فقـــد تجسد هذا في سياسة الوقاية التي أصبحت الأولويات في السياسة الصحية لمكافحة أمراض الطفولة سنة 1984م.

كما حققت الجزائر انجازات عديدة في مجال الصحة ويظهر ذلك في التحسن الملحوظ في مستوى المعيشي للسكان.

أضـــف إلى ذلك ارتفاع نصيب الفرد في الناتج القومي الإجمالي من 1200 دولار عام 1973 إلى 1870 دولار عام 1980م على التوالي، مع العلم أن الدخل في الجزائر ارتفع بطريقة غير عادلة حسب الطبقات الاجتماعية وحسب المناطق [3].

---

[1] Mostafa Khiati : Quelle santé pour les Algérienne. Op cit p30.

[2] Ministère de la santé : Enquête national sur la mortalité et la morbidité infantile en Algérie ; 1989,P146.

[3] أحمد خليفي: السياسات السكانية والتحول الديموغرافي في العالم الثالث، دراسة نموذج الجزائر 62- 87 رسالة الماجستير علم الاجتماع. جامعة الإسكندرية، كلية الآداب، 1991 ص 194.

المبحث الثالث : *البرامج الصحية و الوسائل الأساسية الخاصة بخفض معدل وفيات الأطفال و الرضع.*

يرتبط المستوى الصحي للأفراد بصفة عامة والأطفال الرضع ارتباطا وثيقا بتوفير الوسائل الأساسية والإمكانيات الضرورية لذلك، كالمستشفيات، الأطباء، الوسائل الطبية... كما تعكس لنا ظاهرة الوفاة هذا المستوى الصحي، فخلال سنوات 1985 و1986 و1992-1995م، نلاحظ تزايد في عدد المستشفيات مراكز الصحية والفريق الطبي...

كما نجد من جهة أخرى أن نسبة الوفيات العامة للفترة 1985-1995 عرفت اتجاه معاكس، حيث يقدر عدد الوفيات لسنة 1985م بنسبة 8،40% وأنتقل إلى 6,55% عام 1995 [1]. وبالمقابل نجد أن نسبة وفيات الرضع للفترة هي بدورها عرفت انخفاضا محسوسا خلالها حيث تقدر بـ 78,30‰ عام 1985م و54,87‰ عام 1995 [2].

وفي صدد الحديث يمكننا القول أن توفير الإمكانيات الوقائية الصحية كالمستشفيات والمراكز الصحية والأطباء يؤدي إلى تحسين الحالة الصحية للأفراد.

1- البرامج الصحية الخاصة بخفض معدلات وفيات الأطفال:

تعتبر البرامج الصحية المسطرة من طرف جهاز الدولة الجزائرية بخفض معدلات وفيات الأطفال أحد الأهداف الأساسية الصحية واحد إهتمامات وزارة الصحة والسكان الخاصة بالتقليص الفعلي لوفيات الأطفال، ومن بين هذه الإجراءات كان برنامج مكافحة وفيات الأطفال لسنة 1984 إذ قدر عدد وفيات الأطفال لسنة 1984 بـ 90000 وفاة من بينها 70000 وفيات أقل من سنة و20000 وفيات تتراوح أعمارهم ما بين 1 إلى 4 سنوات[3].

ويعود سبب ذلك إلى وجود سياسة صحية واضحة وجيدة إزاء هذه الوضعية في ميدان التنظيم الصحي، إلا أنها لم تكن تحقق أهدافها نتيجة لعدم تنسيق والتعاون بين المسؤولين، بإضافة إلى نقص وعدم توفير الوسائل الأساسية والإمكانيات كالمستشفيات والتجهيزات ونقص الإطارات المختصصة وعدم وجود ثقافة صحية ونوعية موجهة للمواطنين.

---

[1] الديوان الوطني للإحصائيات: المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر، رقم 14. نشرة 1990.ص 37.

[2] CENEAP : population société ; développement en Algérie ; OP- cit P161.

[3] Mostafa Khiati : Quelle santé pour les Algérienne op cit. P 50.

وابـــتداء من 30 ماي 1984م. سطرت الدولة برنامجا شرع في تطبيقه 1980م الذي قامت به وزارة الصحة والسكان بمساعدة صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونسف) الذي استمر حتى عام 1990م، الهدف الأساسي والعام لهذا البرنامج هو الوصول بمعدل وفيات الأطفـــال الرضع إلى مستوى 50% أي التخفيض من معدل الوفيات إلى نصف دون أن يتجاوز هذا المعدل 80‰ عبر ولايات الوطن وهذا إلى غاية نهاية سنة 1990[1].

ولتحقيق هذا المشروع يجب:

1- تخفيض معدل وفيات الأطفال المرتبطة بالجفاف نتيجة لأمراض الإسهال.

2- ضـــمان تغطـــية تحصينة بـــ 80% من الأطفال قبل بلوغهم سنتين من العمر ضد الأمراض المعدية.

3- تقديم خدمات تنظيم الولادات على جميع المراكز الصحية.

4- ضـــمان مراقـــبة 50% مـــن الأمهـــات الحوامل ومتابعة أخطار الحمل والتكفل بالولادات.

5- توســـيع استعمال الرضاعة الطبيعية والوصول إلى 80% من الأطفال المرضعون طبيعيا وتخفيض شدة سوء التغذية والقضاء عليها.

6- تقليص وفيات الأطفال حديثي الولادة.

7- تنظـــيف المحيط وتموين السكان بالمياه الصالحة للشرب، وتوفير خدمات صرف المياه القذرة وفضلات المنازل.

8- تخفـــيض الأمراض والوفيات المرتبطة بالعدوى التنفسية، وتخفيض شدة الإسهال بنسبة 25% عند الأطفال والوصول إلى 10 ملايين كيس من أملاح إعادة التمييه [2]

يعتـــبر هـــذا الـــبرنامج شديد الطموح لأن هدفه واضح وهو التحدي والقياس ويمكن الاستثمارات الصحية أن تستعمله كإطار مرجعي، كما يمكننا الحصول على نشاطات أكثر تماسك بفضل برنامج مهمة من بينها:

1- برنامج مكافحة أمراض الإسهال.

2- البرنامج الواسع للتلقيح.

3- برنامج خاص بالتغذية.

4- برنامج تباعد الولادات.

---

[1] Mostafa Khiati : Quelle santé pour les Algérienne. OP-CIT. P 50.

[2] MSP, UNICEF : le programme national de lutte contre la mortalité infantile op cit .p 5.6.

وعملا على إنجاح هذا البرنامج فقد إعتمدت الدولة على الإعلام والتكوين فالإعلام هنا يرتكـــز أساسا على إتصال هذه البرامج للمواطنين والموظفين في القطاع الصحي، وذلك عـــن طـــريق الوســـائل السمعية البصرية (التلفزيون، الراديو، المعارض والبحوث) أما التكويـــن فيقصـــد بـــه تكوين أخصائين في هذا الميدان وهذا عن طريق إدخال البرنامج الخاصة بالأمومة والطفولة ضمن الدراسة الطبية.

أ- برنامج مكافحة أمراض الإسهال:

يعتـــبر الإسهال إحدى أساليب المؤدية إلى وفيات الأطفال في البلدان النامية، ففي عام 1988م، توصـــلت المـــنظمة العالمية للصحة إلى نتائج مفادها أن 13 مليون حالة إصابة بالإسهال عند الأطفال الأقل من 5 سنوات، في كل من أسيا، افريقيا وأمريكا اللاتينية، وأن 4 مليون طفل يموتون في كل سنة بسبب الإسهال [1]

كما سمحت الأبحاث التي أجريت في العشرين سنة باكتشاف العوامل الحيوية والبكتوية التي تؤدي إلى الإسهال كما أكدت دراسات أخرى، أقيمت في السنوات الأخيرة أن الجفاف الناتج عن الإسهال الحاد يمكن أن يعالج في كل فئات العمر بواسطة أملاح إعادة التمييه، حيـــث قـــرابة نصـــف حالات الإسهال في أفقر بلدان العالم تعالج بهذه الطريقة من أجل تخفيض وفيات الأطفال والجزائر على غرار البلدان النامية تعرف انتشار واسعا للإسهال، فكل طفل أقل من 5 سنوات يجري دورتين للإسهال في السنة، وحسب تحقيق 1989 تبين أن الإسهال مسؤول عن18,4% من وفيات الأطفال دون الخامسة [2]

وتعتـــبر الفئة ما بين 0–2 سنة الفئة الأكثر إصابة والأكثر تعرضا للوفاة بهذا السبب. ومن هنا البرنامج الخاص بمكافحة أمراض الإسهال مواجه أكثر لهذه الفئة العمرية، حيث انطلـــق هـــذا الـــبرنامج عام 1984م، كما تم في هذه السنة تشكيل خلية خاصة بمكافحة الأمراض الناجمة عن الإسهال وذلك من طرف وزارة الصحة ويرمي هذا البرنامج أساسا إلـــى التقلـــيص الفعلي من حالات الوفاة باستعمال أملاح التمييه وتفادي جفاف الطفل عن طريق التغذية في فترة الإسهال ولتحقيق هذا البرنامج جعل له وأهداف منها:

1- تقليص الوفيات الناجمة عن الإسهال عند الأطفال الأقل من سنتين إلى 50 % حتى سنة 1995م.

---

[1] OMS : Traitement de la diarrhée, manuel l'usage des médecins et autres personnels de la santé qualifiés, 1990 P1.

[2] MSP : UNICEF : Programme national de lutte contre la mortalité infantile (1996-1990) OP cit. P.122.

2- الوصـــول إلـــى إستعمال أملاح إعادة التمييه من طرف الأمهات بنسبة 35% سنة 1993م 50% سنة 1995م.

3- التمكـــن من تغذية الطفل في فترة الإسهال والوصول إلى نسبة 95% سنة 1995 بالنســـبة لحليـــب الأم والأطفـــال الذين سنهم 6 أشهر، وتم تسطير في هذا البرنامج على أهداف عديدة والهدف الرئيسي هو تقليص الحالات المعقدة للإسهال والتي تؤدي إلى الوفاة حتما وللتقليص الوفيات نستعمل بهذا الوسائل التالية:

أ- التكفل الجيد بالحالات المصابة بالإسهال والجفاف.

ب- تكويـــن وحـــدات خاصـــة بمحاربـــة الإســـهال في المراكز الصحية، العيادات، الاستعجالات والمستشفيات ونشرها في القرى والأرياف.

ج- اســـتعمال أمـــلاح إعـــادة التمـــيه في كل حالات الإسهال من طرف العاملين في القطاع الطبي والشبه الطبي.

د- التوعية الاجتماعية الخاصة بالأمهات وكيفية مواجهة خطر الإسهال وتغذية أطفالهن في هذه الفترة.

ويهدف إنجاح البرنامج وإيصاله على عدة وسائل منها [1].

1- تكوين الأطباء والمختصين في الميدان.

2- إنتاج الوسائل الطبية.

3- إنتاج أملاح إعادة التميه بنسبة 10 ملايين كيس في السنة.

4- توعية الأطباء وإعلامهم بالبرنامج.

5- إدخال البرنامج ضمن الدراسة الطبية.

6- التنسيق بين البرنامج الواسع للتلقيح وبرنامج مكافحة الإسهال.

ب – البرنامج الواسع للتطعيم:

تعد مسالة التلقيح من بين المواضيع الجديرة بالبحث والدراسة لأنها تترتب عليها بعض الظـــروف في حياة الطفل بالألف حيث أنه استنباط الوسائل واكتشاف الأمصال والألقحة كان الأطفال يموتون بالألف خاصة بعد اجتياح وباء الدفترية في بعض البلدان وخصوصا البلدان الباردة مما أدى إلى وفاة العديد من الأطفال.

---

[1] OMS : Traitement de la diarrhée, OP.cit P52.

أمـــا الـــيوم فقـــد طبقت جميع البلدان العالم إجراءات التحصين فقد تلاشى ذلك الويل وارتفع كابوس الرعب عن صور الأباء و الأمهات [1]

عـــند وقاية الطفل من الأمراض التي تنتشر العدوى لابد لنا أولا من رفع قواه الدفاعية وتقوية عضوية ويتم ذلك عن طريق التغذية الصحية الشاملة والعناية السليمة لأن ترويض بـــدن الطفـــل له أهمية كبرى في تمتين تباته والوقوف في وجه الأمراض إلى جانب هذه التدابير ينبغي منع وصول هذه الأمراض إلى الطفل وذلك يجعل جسمه قادرا على رفضها وعدم الاستسلام لها ويتم بلوغ هذا الهدف عن طريق التحصين بالتلقيح والتطعيم.

ووقوفا على أهمية العملية تعهدت بلدان العالم بتحقيق الهدف الذي أعلن في الأصل عام 1977م، والمتمثل في التحصين الشامل لأطفال "بحلول عام 1990م"

ففي عام 1985تم إصدار قانون يجبر على التلقيح ضد الحصبة وقامت الجزائر بإعداد 4 حمـــلات استدراكية للتلقيح يوم واحد، ونتيجة كل هذا في عام 1985م أكثر من مليون طفل ملقح ضد الحصبة [2].

كمـــا كانـــت الجزائـــر فـــي صدارة الدولة المشاركة مع منظمة اليونسف في لقاء قمة الطفولـــة المـــنعقد في أكتوبر 1990م، حيث وقعت على مشروع التطعيم العالمي للطفولة والـــذي يهدف إلى الوصول بنسب اكتمال التطعيم قبل إتمام الطفل عامه الأول إلى 90% بحلول عام 2000.

وبهذا فإن الهدف الأساسي لهذا البرنامج هو العمل من أجل إختفاء الأمراض الستة التي تصيب الطفل وهي: السل، دفتريا، السعال الديكي، الشلل والحصبة. بالإضافة إلى أهداف أخرى هي كالأتي [3]:

1- القضاء على الشلل مع أواخر 1995 ومرض الكزاز بحلول 2000.

2- تحصين 80% من النساء ضد الكزاز للأمهات الحوامل.

3- وضع برنامج للتلقيح في المناطق النائية.

4- القضاء على الكزاز في الولادات المبكرة سنة 1995م.

---

(1) اليونسف: وضع الأطفال في العالم: المرجع السابق ص 60.

(2) UNICEF : Le programme coopération entre l'Algérie et l'unicef 1995 p24.

(3) MSP : Guide des vaccinations, Alger 1992. P51.

ومن استراتيجيات هذا البرنامج:

1- إنهاء تعميم نظام مراقبة المواليد.

2- تقليص معدل ترك التلقيح أو بصفة خاصة تكثيف التلقيح.

3- التخزين الجيد للقاح.

4- إنشاء رز نامة خاصة بالتلقيح.

5- تطوير البرامج الواسعة للتلقيح.

ويساهم الجهاز الإعلامي في تحقيق الأهداف الموجودة من البرنامج التطعيم ويوصى هذا البرنامج على تناول التطعيمات الأساسية حسب الجدول الزمني [1]

وتبين المعطيات المسجلة مؤخرا من قبل التحقيق قام بها البرنامج العربي المشترك حول الأطفال في سنة 1992م، بأن 83 % من الأطفال واحدة من عمرهم ملقحين [2] ومن هنا فإن الجزائر تعتبر من البلدان التي بلغت النسبة العالية للتلقيح.

ج- برنامج التغذية:

يعتبر مشكل سوء التغذية من مشاكل العالمية، فحسب تقدير المنظمة العالمية للتغذية (F.A.O) 1,2 مليون نسمة يعانون من سوء التغذية في العالم، أي بمعدل واحد شخص من كل خمسة أشخاص بما فيها ذلك 600 مليون طفل سنة 1995 [3]

و تشكل حالات سوء التغذية عند هذه الفئة (الأطفال) مؤشرا هاما يحدد الحالة الصحية لبلد معين، إذ أن إنتشار حالات سوء التغذية عند هذه الفئة تؤدي بهم إلى خطر الوفاة، و ذلك لنقص المناعة الواقية من الأمراض.

وتشير التقديرات أنه حوالي 36 % من الأطفال أقل من 4 سنوات يعانون من سوء التغذية الحادة و تمة 190 مليون طفل مصابون ينقص في الوزن عند الولادة [4]

والجزائر باعتبارها دولة من الدول النامية، وفي إطار اهتمامها بتخفيض وفيات الأطفال الرضع، فقد جعلت من سوء التغذية مشكلا وسببا رئيسيا لوفيات في هذه الفئة العمومية، بحيث على مر السنتين تحسن الوضع الغذائي للأطفال الجزائريين. ففي عام 1975 أوضح مسح أن ما يقارب عن 28,5% من الأطفال يعانون من سوء التغذية،

---

(1) وزارة الصحة والسكان، ، ديوان الوطني للإحصائيات: الجامعة العربية المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل، المرجع السابق ص 96.

(2) وزارة الصحة والسكان: الندوة الدولية حول السكان والتنمية: القاهرة من 13/5 سبتمبر 1994، التقرير الوطني، المؤسسة الوطنية للطباعة والنشر والإشهار، الجزائر 1995، ص 49.

(3) المجلس العربي للطفولة: أحبار الطفل العربي، العدد الرابع، مصر 2000 ص .10.

(4) UNICEF : sifuation des enfants dans le monde, 1993 P7.

مقـــابل 11,5% عام 1987م، وفقا لمسح إقليمي أخر في شرق ووسط البلاد ويعتبر سوء التغذية الحاد أكثر إنتشار بين الأطفال دون سن الرابعة.

كما تبين أن سوء التغذية الحاد هو أكثر انتشارا في المجتمعات المدنية منه في المناطق الريفـــية وهو أكبر لدى الذكور منه لدى الإناث، ويورد المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل الأحداث معطيات الحالة الغذائية للطفل الجزائري [1].

- 9,2% من الأطفال يعانون من نقص في الوزن.
- 18,1% من الأطفال طولهم لا يتلائم مع وزنهم.
- 5,5% من الأطفال يعانون من الجفاف.

ويمكـــن مواجهـــة سوء التغذية بين الأطفال عن طريق برنامج خاص ففي عام 1985 تبنت الجزائر برنامجا يحمل في طياته أهدافا واستراتيجيات تهدف إلى التقليص الفعلي من حـــالات سوء التغذية واستعمال الرضاعة الطبيعية بدرجة الأولى ويمكن ذكر أهم أهداف هذا البرنامج فيما يلي :[2]

1- تخفيض حالات سوء التغذية الحادة عند الأطفال الأقل م 4 سنوات

2- القضاء على سوء التغذية المحتلة

3- تحسين الوضع الغذائي للنساء الحوامل و المرضعات

4- مراقـــبة الوضع الغذائي للأطفال لمنع أي تدهور قد ينجم عن الأوضاع الاقتصادية الصعبة.

5- العمل على توفير المواد الغذائية الضرورية الموجهة للرضيع.

بالإضافة إلى هذه الأهداف هناك استراتيجيات يمكن ذكرها فيما يلي:

1- إنشاء رز نامة خاصة بتطبيق هذا البرنامج.

2- توفير المواد الغذائية لمواجهة الأطفال.

3- توفير عنصر غذائي لفترة الفطام.

4- انتشار الإعلام الموجه للجمهور.

كمـــا تم استعمال في هذا البرنامج وسائل بإمكانها تحقيق هذه الأهداف والإستراتيجيات أهمها[3]

---

[1] (4)اليوسف. الطفل الجزائري، المرجع السابق، ص 23.

[2] MSP :UNICEF : Enquête nationale sur la mortalité et morbidité infantile en Algérie. OP- cit P15.

[3] Ali Kouoaucà: Famille femme et contraception. OP-cit P.49.

1-مراقبة البرنامج ضمن الدراسات الطبية.

2- إدخال البرنامج في مراكز حماية الأمومة والطفولة.

د- برنامج تباعد الولادات:

يعتـــبر البرنامج الوطني لتباعد الولادات جزء لا يتجزء من البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال والأمهـــات في الجزائر عن طريق مراكز حماية الأمومة والطفولة بحيث دشـــن أول مركز لحماية الأمومة والطفولة بالقطاع الصحي لمصطفى باشا سنة 1967[1] كما عرفت الجزائر نسبة تزايد الولادات من أعلى نسب على الصعيد العالمي سنة 1980 أكثر من 3%، كما نجد النسل النهائي عند النساء لنفس السنة 7 أطفال / إمراة [2].

ففـــي ســـنة 1980 وضـــع المخطـــط الخماســـي الأول الخطـــوط العريضة للسياسة الديموغرافـــية وفـــي عـــام 1983م وضـــع برنامج يتضمن تدعيم مراكز حماية الأمومة والطفولـــة بهـــدف الـــتحكم أكـــثر في الظاهرة من أجل الحفاظ على صحة الطفل والأم ووقايـــتهما [3] ومـــن المعروف أن كثرة الولادات المتتالية تؤدي حتما إلى الضرر بصحة الأم والطفل وبالتالي أوصت الحكومة الجزائرية بالتخفيف والتنظيم العائلي من أجل حفاظ علـــى صـــحة الأم والطفل وإصـــدار فتوى بخصوص تنظيم الأسرة وذلك في 23 أفريل 1968م، من طرف المجلس الإسلامي الأعلى [4] وفي فترة ما بين 1985-1986م تبنت وزارة الصـــحة تعمـــيم و توســـيع برنامج تنظيم الأسرة وتكثيف النوعية في هذا الميدان، وحســـب الإحصائيات فإن عدد الوحدات المخصصة لتنظيم الولادات قد بلغ 2300 وحدة، موزعـــة على الصعيد الوطني[5]عام 1994م، وبالتالي فقد أصبحت هذه الظاهرة تحضى بعـــناية واهتمام مكثف، كما وفرت الدولة الجزائرية والوسائل اللازمة للتنظيم الأسرة من مـــرافق وخدمـــات صـــحية، ولهذا الغرض أيضا تم تسطير برنامج وطني يحمل أهداف واســـتراتيجيات وســـائل لتغطـــية هدفه الأساسي العدل على التباعد الولادات وأهم أهدافه مايلي [6].

---

(1)MSP, UNICEF : projet de lutte contre la mortalité infantile, OP-cit P.13.

(2)Ali Kouaoua Tendance démographique ou Maghreb, in population et environnement au Maghreb, Med campus,
1995 P70.

(3)Malika Ladjali : L'espacement des naissance dans le tiers monde, l'expérience de l'Algérie, Alger 1985 P.13.

(4)CENEAP : Islam, législation et démographie en Algérie. Imprime révolution africaine, Algerie 1997 P.56.

(5)CENEAP : population société et développement. OP. cit.P60

(6)CENEAP : population société et développement. IBID. P.62.

1- مراقبة 40 % من الزوجات.

2- مراقبة 70 % من حالات الحمل.

3-التمكن من تباعد الولادات بنسبة 100%.

4- إعلام كل النساء بطرق تباعد الولادات.

5- تحسين استغلال الأمهات لمراكز حماية الأمومة والطفولة.

ومن الإستراتيجيات المتبعة:

1- تأسيس مركز حماية الأمومة والطفولة (PMI) في كل حي في المنطقة الحضرية وفي كل بلدية في المنطقة الريفية.

2- إنشاء في كل مجموعة سكنية مركز لحماية الأمومة والطفولة.

ومن الوسائل التي يمكن إتخادها لتحقيق البرنامج [1].

1- توفير مبالغ مالية لتحقيق هدف تباعد الولادات.

2- توفير دفتر صحي لكل حامل ولكل طفل.

3- نشر مجلات تخص الإعلام عن تباعد الولادات وذلك لمن يهمهم الأمر.

4- توفير وسائل تباعد الولادات وجعلها في متناول المهتمين بالأمر.

ومن نتائج هذا البرنامج الخاص بالتباعد الولادات، قام مركز الوطني للدراسات والتحاليل من أجل التخطيط(CENEAP) بتحقيق وطني عام 1991م وتوصل إلى أن أحسن سن للزواج بالنسبة للبنات هو ما بين 21-25 وللذكور ما بين 26-30 سنة، وبالنسبة لعدد الأطفال المرغوبين فيهم هو 4 أطفال بتباعد في الولادات.

و91.79% يستعملن وسائل منع الحمل، و8.3% يرفضن استعمالها[2].

---

(1) MSP, UNICEF: Projet de lutte contre la mortalité infantile, OP cit P16.17.

(2) CENEAP : Islam législation et démographie en Algérie OP- cit .P 109.

2- الوسائل الأساسية الخاصة بخفض معدل وفيات الأطفال الرضع في الجزائر.

أ- مراكز الرعاية الصحية:

إن تحسن المستوى الصحي للأفراد يعتمد على توفير كل الوسائل الضرورية لذلك ويعتبر مركز الرعاية الصحية إحدى المؤشرات للمستوى الصحي لدى بلد، وبالتالي فإن توفير هذه المراكز له إنعكاسات مباشرة على المستوى الصحي لبلد ما.

وتعتبر البنية الصحية للقطاع الصحي في الجزائر ذات أهمية كبيرة إذ تشهد تطور كبيرا خاصة خلال السنوات الأخيرة.

1- **البنية الثقيلة:** تظم هذه البنى المستشفيات، هذه الأخيرة التي زادت خاصة منذ انطلاق المخطط الخماسي الثاني (1985-1989) حيث شهدت هذه الفترة زيادة في 48 مستشفى، وتشير المؤشرات أنه تم توفير سرير لكل 1000 ساكن في الجزائر.

2- **بنيات خفيفة:** تظم هذه الأخيرة مراكز صحية والتي تشكل هياكل قاعدية وهي توفير للفرد كل الخدمات المسطرة من الطبيب، وارتفع عدد هذه المراكز إلى 1206 وحدة عام 1987 أي بمؤشر يمثل 0,85 مركز لكل 48000 ساكن، بينما كان في عام 1977 يمثل 0,45 لكل 10000 ساكن.

كما تظم هذه الأخيرة العيادات وهي تمثل مراكز صحية، وهي تنظم العلاقات للمختصين القادمين من القطاع الإستشفائي، وقد بلغ عددها370 عيادة سنة 1986 [1] أي بنية واحدة لكل 56470 ساكن، كما كان عدد الأطباء في عام 1962 بـ 600 طبيبا من بينهم 285 جزائري أي طبيب واجد لكل 16000 نسمة، و250 تقني في شبه طبي أي عامل واحد لك 40000 ساكن، يتولى القطاع العمومي مسؤولية تسير النظام الصحي في الجزائر، بحيث يحتكر كل البنيات الثقيلة والمؤسسات الصحية كالوحدات الصحية القاعدية وكل الشبكات المتخصصة في الميدان الصحي [2].

وتشير الإحصائيات إلى التطور السريع والملحوظ في توفير الخدمات الصحية بالرغم من عدم التوازن في توزيعها على التراب الوطني، إلا أنه يمكن أن تسير إلى التحسن في التغطية الصحية في الجزائر، بحيث انتقلنا من طبيب واحد لكل 8649 ساكن سنة 1967

---

[1] Lhocine Aourag : L'économie Algérienne l'épreuve de la démographie 1996 p 285.

2- MSP : UNICEF : Enquête national sur la mortalité morbidité infantile en Algérie OP- cit P5.

إلى طبيب واحد ل 1170 ساكن عام 1989م، ونجد 2,2 سرير لكل 1000 ساكن، بمعدل الإستغلال 56,1% عام 1989م، نضف إلى ذلك مركز صحي لكل 19580 ساكن وقاعة علاج لكل 8847 ساكن، صيدلية لكل 13822 ساكن [1].

بينما سطرت الدولة الجزائرية برنامج أخر في السنوات الأخيرة يهدف إلى الزيادة في البنيات التحتية المشملة في المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات.....، وقد جسدت هذه الجهـود على الأرض الواقع، كما سطرت عام 1993م، برنامج يهدف إلى زيادة من بنية التحتـية تحـتوي علـى تأسيس 15 مستشفى، 16 عيادة، 200 مركز صحي، 03 مركز لحماية الأمومة والطفولة في المناطق الريفية، كما يتجلى أيضا اهتمام الدولة بتوفير العناية الصـحية اللازمـة، ففـي سنة 1995 عرفت الجزائر تطورا ملحوظ في زيادة المرافق الصحية الضرورية، والخدمات الصحية، إذا أصبحت تملك:

- طبيب واحد لكل 1063 ساكن.
- صيدلي لكل 7800 ساكن.
- 1 شبه طبي لكل 344 ساكن.
- عيادة لكل 60000 ساكن.
- عيادة التوليد لكل 63500 ساكن.
- مركز صحي لكل 24500 ساكن.
- قاعة علاج لكل 7800 ساكن.
- قابلة لكل 1000 ساكن.
- 1 مختص في أمراض النساء لكل 7000 امرأة في سن الإنجاب.

كمـا تجسـد الـبرنامج في أرض الواقع حيث تم إنجاز عدد كبير من البنيات الصحية 3634 قاعـة علاجـية، 469 عيادة متعددة الخدمات، 446 عيادة توليد، و1156 مركز صـحي، ومعـدل التغطـية الصـحية للجزائر سنة 1995م وصل إلى 90% في القطاع الحضري و70% في القطاع الريفي [2].

(1) MSP UNICEF : Enquête national sur la mortalité morbidité infantile en Algérie OP- cit P.22.
(2) CENEAP : Population, société et développement. OP. cit .P.56.

الجدول (6) يبين تطور البنيات الصحية للفترة 1962-1995م.

السنوات / البنيات الصحية	1962	1995
المستشفيات	133	333
العيادات	10	469
مركز صحي	206	1156
قاعة العلاج	991	3634
عدد الأسر	45426	51780

Source :CENEAP : op cit. p 56

ولا زالـــت جهـــود الدولة متواصلة في إطار بناء البنية التحية من أجل توفير الخدمات الصحية أو منح لصالح المواطنين.

ب- النفقات الصحية:

لقد شهدت الجزائر في سنة 1974م إعلان عن الطب المجاني، فقد كان الجهاز الصحي أندك مقسم كالأتي:

1- قطاع عام يحتوي على قطاعات صحية هي اليات قاعدية للتوزيع العلاج.

2- قطـــاع شـــبه عـــام يـــتكون من مراكز طبية، إجتماعية تنتمي إلى جهاز الضمان الاجتماعي وإلى الوحدات الاقتصادية.

3- قطـــاع خـــاص يتكون من العيادات الطبية وجراحة الأسنان بالإضافة إلى الهياكل الصحية الأجنبية منها 936 طبيب أجنبي يعمل بها عام 1962م.

وبعد إعلان عام 1974م عن الطب المجاني، أصبح الجهاز الوطني الصحي يعتمد على القطـــاع العـــام بصـــفة خاصـــة، وهذا الأخير أصبح بدوره يعتمد على العناصر المادية والإنسانية، وعلى ميزانية موجهة من طرف الدولة ومن خزينة الضمان الاجتماعي.

إن الـــبرامج الصـــحية التي وضعتها الحكومة الجزائرية، لمكافحة الأمراض والقضاء عليها، ولا سيما في توفير المستوى الصحي الوقائي للسكان، خاصة الأم والطفل، تتطلب مبالغ مالية معتبرة.

ولقـد عـرف تمويل القطاع الصحي ارتفاعا من سنة إلى أخرى وهذا التمويل ضمنته الحكومة بالدرجة الأولى والصندوق الوطني للحماية الاجتماعية بدرجة الثانية ، ومن جهة أخـرى عرف التمويل الصحي تحولات كبيرة، تارة مع وضع سياسة الطب المجاني في سـنة 1974، وتارة أخرى مع المؤشرات العادية المنعقدة، وهذا التطور أعطى الأولوية للمجتمع، وسمح بجمع عدد كبير من الاستثمارات مما أدى إلى ارتفاع المبالغ المخصصة من الناتج الخام الوطني (PNB) في القطاع الصحي.

فلقـد شـهدت الاسـتثمارات معـدل تطور 3,99% في قضاء 12سنة، كما أن تمويل القطاعـات الصـحية شـهد تطور سنة بعد السنة حيث قدرت 1832,6 مليون دينار عام 1974 و10,644 مليون دينار سنة 1982 [1] ووصل إلى 21042 مليون دينار عام 1987 وارتفع إلى 54830 مليون دينار عام 1993 [2].

أما نصيب النفاقات العمومية من الدخل العام الوطني (PNB) عرف ارتفاعا محسوسا خلال فترة 1979-1987 من 3,6 % إلى 5,1% ثم انخفاض إلى 3,8% ما بين 1989 و1991 ليعرف تحسن ما بين 1993 و1995 بـ 4,7 %[3] .

الجدول رقم (7) يبين تطور نفقات الدولة الموجهة لقطاع الصحي.

السنوات / النوع	1979	1985	1987	1993	1995
النفقات الموجهة لقطاع الصحة بالنسبة إلى (PNB)	3,6	4,4	5,1	3,8	4,7

Source : Lhocine Aouragh : op cit .P 291

(1) ABERKANE Abdel Malek : Déterminant démographique et économique du système politique de santé en Algérie
thése de doctorat université de lod, 1990 p137.

(2) CENEAP: population, société et development en Algerie OP- cit P51.

(3) L'hocine Aouragh : l'économie Algérienne l'épreuve de démographie, OP cit P291

ج- القوى العاملة الصحية:

لقد سخرت الدولة في هذا الإطار قوى عاملة صحية حسب الإحصائيات يمكن تصنيف هذه القوى العاملة إلى فئات صحية حسب العمل المتبع:

1- المهن الطبية: وتضم الأطباء، الصيادلين وجرحوا الأسنان.

2- المهن الشبه الطبية: وتضم تقنيين ساميين في الصحة وتقنيين في الصحة.

بالإضافة إلى كل عمال القطاع من ممرضين وإداريين، كما عرف عدد الأطباء في كل الإختصاصات، ارتفاعا كبيرا كان يوجد 1278 طبيب عام 1963م وطبيب واحد لكل 8649 ساكن عام 1967م، ليتطور إلى طبيب لكل 1170 ساكن سنة 1989، وطبيب لكل 1063 ساكن سنة 1995 [1].

ويلاحظ جليا جهود الدولة في محاولة لتطوير القطاع الصحي، ومنه فقد عملت على التخلي على الخدمات الطبية الأجنبية والاستعانة بالخدمات المحلية، كما عرف عدد الصيادلة وجراحو الأسنان تطور كبيرا إذ كان عدد جراحوا الأسنان بـ 164 عام 1967 ليرتفع إلى جراح لكل 3646 ساكن وارتفع من صيدلين سنة 1967م إلى صيدلي لك 13822 ساكن في عام 1989م [2].

كما شهد عدد الموظفين تطور كبيرا ليرتفع من 129 موظف لكل 100.000 ساكن سنة 1977 إلى 238 موظف سنة 1987، وذلك في القطاع الشبه الطبي [3].

ومما سبق يمكننا أن نستنتج أن تمويل القطاع الصحي يعرف تطور من سنة إلى أخرى، سواء من ناحية توفير التجهيزات أو من ناحية تمويل الموظفين، يوازي هذا زيادة في البنية التحتية نتيجة دفع الدولة للاستثمار في هذا القطاع و بالتالي البرامج الصحية تحتوي على مجموعة من الوسائل والنشاطات التي لها اتصال مباشر بتطوير الصحة.

---

(1)CENEAP: Population, société et development, OP- cit. P. 50.

(2)CENEAP : IBID. P.53.

(3)LAMRI Larbi : les systèmes de santé algérienne, organisation fonctionnement tendance thèse de doctorat, Alger
1987. P153.

الفصل الثاني

الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع والأسباب المتعلقة بوفاتهم.

الفصل الثاني الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع والأسباب المتعلقة بوفاتهم.

المبحث الأول: ***الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع.***

1- الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع في العالم.
2- الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع في الجزائر.

المبحث الثاني: ***أسباب وفيات الأطفال الرضع.***

1- أسباب وفيات الأطفال الرضع في العالم.
2- أسباب وفيات الأطفال الرضع في الجزائر.

المبحث الأول : *الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع.*

1- الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع في العالم.

لا يمكن إيجاد الصحة الجيدة في المناطق التي تعاني من البؤس والشقاء، سوء التغذية، المياه النادرة، وعدم التوافق بين الخدمات العمومية والمحلية.

أمام هذه الأوضاع، فإن التدهور الصحي والوفاة هما الواقع السائد في ثلثي سكان العالم [1] حيث لا تزال تجهل الكثير عن أعلى مستويات وفيات الرضع، غير أنه من المتفق عليه أن المستويات العليا غالبا ما نجدها في العديد من البلدان السائرة في طريق النمو، والأشخاص الأكثر تعرضا لعوامل الخطر هم النساء الحوامل والرضع، هذا الوضع الحاسم والخطير للأمهات والأطفال للبلدان السائرة في طريق النمو من أكبر وأهم أهداف منظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF) والمنظمة العالمية للصحة (OMS) التي عملت على تفسير هذا الفراغ من وفيات الرضع والتي شعارها الصحة هي كل شيء في عام 2000م.

بالرغم من أهمية الإحصائيات الخاصة بوفيات الأطفال الرضع، فإن الكثير من الدول تفتقد إلى الأسس والمصادر الرجعية التي يمكن الاعتماد عليها في إحصاء وفيات رضعها، فحسب المعطيات الموجودة يقدر مجموع وفيات الرضع على المستوى العالمي في سنوات 1975 إلى 1980 بنسبة 89‰ مقابل 142‰ في السنوات 1950 إلى 1955 ، وبين هذه السنوات انتقلت البلدان المتطورة من 56‰ إلى 19‰ أما البلدان المختلفة فانتقلت من 164‰ إلى 100‰ ، كما أن نسبة 81‰ المسجلة في السنوات 1980 إلى 1985 تمثل بالنسبة لـ 133 مليون ولادة سنوية [2]

---

[1] OMS : la santé des enfants du monde in chronique, OMS, vol 33 N° 4 Avril 1979. P128.

[2] Population et societe: Buletin mensuel d'informations demographique, Mai1993 P169.

كمـــا يمكننا أخذ نظرة عامة عن الإحصائيات الخاصة بالولادات ووفيات الرضع حسب المعطيات الموجودة، لتبسيط هذه المعطيات جمعت عشرين منظمة من أكبر مناطق العالم التـــي بدورهـــا صـــنفت حسب تزايد احتمال الحياة عند الميلاد، ويعطي هذا التصنيف لا محـــال الإخـــتلافات الموجـــودة في الإطار المحلي، لأن هناك مجتمعات تعاني من الفقر والـــبؤس تقريبا في كل البلدان السائرة في طريق النمو خاصة المناطق الريفية والأماكن الخارجـــة عـــن العواصم الكبرى من جهة أخرى، فتبين هذه الحقائق الاختلافات الكثيرة الموجـــودة بيـــن مخـــتلف جهات العالم خاصة ما بين إفريقيا وأسيا الجنوبية، أين احتمال الحـــياة لا يتجاوز 60 سنة، هذه المناطق (إفريقيا، أسيا الجنوبية) فيها 41% من سكان العـــالم كما نجد هذه المناطق 50% من مليار ونصف من أطفال العالم الناتج عن 57% مـــن 122 مليون ولادة في السنة، كذلك 77% من 12 مليون وفيات الأطفال، أي 90% من الوفيات في العالم [1].

أمـــا في بداية التسعينيات، لاحت في الأفق بوادر أمل جديدة بتقهقر عصر الإهمال أمام عصـــر الاهتمام، وقد ظهرت دلائل هذا الأمل في خضم التحولات السياسية والاجتماعية التي تشهدها السنوات الأخيرة من خلال سلسلة من التغيرات، وأولى هذه الأولوية الجديدة التي تم آلاؤها لمهمـــة تحصين أطفـــال العالم، فكما سبـــق الذكر، فإن كل من اليونسيف (UNICEF)' و (OMS) المـــنظمة العالمـــية للصحة، وآلاف الأشخاص والمنظمـــات ضحت لتحقيق هدف التحصين80 % من أطفال العالم النامي.

وتـــم في 1990 بلوغ هدف الذي ساهم في انقاد أكثر من ثلاثة ملايين طفل في السنة وحمايـــة ملايـــين آخرين من المرض وسوء التغذية، وتخفيض عدد الوفيات الناجمة عن الاســـهالات بأكـــثر مـــن مليون وفاة سنويا عبر توعية تلت الأسر في العالم النامي على استخدام طريقة معالجة الجفاف عبر الفم [2].

فالـــتغذية غير الكافية والتعرض للأمراض المعدية وعدم توفر النظافة يمكن أن يخلق حواجز من الصعب للأطفال الصغار تجنبها أو اجتيازها حيث بالرغم من هذه الإنجازات مـــازال ملايـــين الأطفال يموتون كل عام، وحصة الأسد من جملة هاته الوفيات هي من نصـــيب الدول النامية بسبب الظروف المعيشية المتردية، حيث الدخل الشخصي ضعيف،

---

[1] OMS : la santé des enfants dans le monde, N° 4, P129.

[2] منظمة الأمم المتحدة للطفولة: وضع الأطفال في العالم ترجمة قسم الإعلام والعلاقات الخارجية، المكتب الإقليمي المشرق الأوسط وشمال إفريقيا، عمان، 1993، ص 3.

ارتفـــاع أســـعار المـــواد الأساسية، انتشار الأمية، سوء التغذية،... وذلك نتيجة السياسة الاقتصـــادية والاجتماعية الغير ناجحة، جعلت معدل الوفيات مرتفعا جدا في هاته الدول، مقارنة بالدول المتطورة التي تشهد تقدما كبيرا في الميدان الصحي، وبفضل معدل وفيات الأطفـــال الرضـــع، الذي يعتبر دليلا حقيقيا على نوعية المعيشة في أي مجموعة سكانية، بحيث نستطيع أن نميز بلد عن أخر.

الجدول رقم (8) يمثل معدلات وفيات الأطفال المبكرة في مختلف جهات العالم.

مختلف جهات العالم العربي	معدل الوفيات بالنسبة الألف ولادة حية
-إفريقيا العربية	161
إفريقيا الوسطى	173
إفريقيا الشرقية	145
أسيا (مركز الجنوب)	136
إفريقيا الجنوبية العربية	116
إفريقيا الشمالية	135
المجموع	134
أمريكا (المنظمة الاستوائية)	99
أمريكا الوسطى	70
منظمة الكاراييب	65
أسيا الجنوبية	58
الاتحاد السوفيتي	28
أوربا الشرقية	25
أوربا الجنوبية	24
أوربا الغربية	15
أوربا الغربية	13
أمريكا الشمالية	15
مجموع العالم	83

Source : Afrique médicale, la revue des médecin et pharmaciens d'Afrique noire de Madagascar N° 174 , Nov. 1979 page 715 .

الجدول رقم (9) يبين معدل وفيات الأطفال الرضع في بعض الدول النامية لعام 1993

الدول	معدل وفيات الأطفال الرضع‰
مصر	96
تركيا	67
مالي	120
الأردن	23
العرق	57
الجزائر	57

* **Source** : UNICEF : la situation des enfants dans le monde , op cit P.75

أمـــام هذا الوضع ، بات من المؤكد الاعتناء بالجانب الصحي باعتباره قطاع جد هام وحســـاس ، و ذلك للوقوف أمام هذه الظاهرة و الحيلولة دون الارتفاع في الوفيات خاصة وفـــيات الأطفال الرضع التي تعتبر إحدى المشاكل الرئيسية التي يعكف القطاع الصحي و الهيئات الرسمية على التقليل من حدتها.

و إذا نحـــن أوردنـــا هـــذه المعطيات التي تناولت بعض الإحصائيات المتعلقة بوفيات الأطفال الرضع على المستوى العالمي و القاري ، فإنه من المنطق أن تتعرض إلى حقائق أخرى تمس نفس الظاهرة في بلدنا . (الجزائر) .

2- الوضعية الصحية للأطفال الرضع في الجزائر:

ممـــا لا شك فيه أن الأطفال هم الأساس في تكوين تنمية البلاد ، خصوصا أن الجزائر اســـترجعت قواها المادية بعد حرب تحرير طويلة وأليمة تحررت منها عام 1962 ، فقد شهدت بعد الحرب ازدياد عدد ولاداتها حتى بلغت حوالي 800.000 ولادة في عام 1990 [1] في حين شهدت انخفاض عدد وفياتها الرضع ، خاصة بعد الاستقلال.

ظلـــت هذه الوفيات تشكل هاجسا للمسؤولين عن الصحة العامة لأن الاهتمام بمستويات وفـــيات الأطفال يمثل مؤشرا أساسيا لمستويات الصحة والحالة المعيشية السائدة. وبالتالي

[1] Population et société : bultein mensuel d'information démographique, op cit P 169.

يمكـــن أن تســـتخدم لقياس مدى نجاح البرامج الوقائية والسياسات الصحية التي تستهدف رفاهية أفراد المجتمع خاصة الأطفال.

عقـــب الاســـتقلال كـــان معدل الوفيات بين الأطفال دون السنة يساوي 140‰ من مجموع الولادات الحية، ومع توسع الشبكة الصحية والتقدم الحاصل تناقص معدل الوفيات بشكل ملموس إلى 80‰ عام 1994 [1].

الجدول رقم (10) يبين تطور معدلات وفيان الأطفال الرضع حسب الجنس (‰)

الجنس / السنوات	ذكـــر	أنثـــى	المجموع (‰)
1981	84.4	85.1	84.7
1982	83.9	83.6	83.7
1983	85.2	80.3	82.7
1984	83.6	79.0	81.4
1985	80.0	76.6	78.3
1986	73.1	68.3	70.7
1987	66.8	62.0	64.4
1988	62.8	58.0	60.4
1989	61.9	55.4	58.1

Source: Rapport National à la conférence internationale sur la population et le développement, 1994, édition 1995 P16.

كمـــا أوضـــحت نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، أن مستويات وفيات الأطفـــال فـــي الجزائر قد شهدت انخفاض ملحوظا خلال العقدين الآخرين، في حين كان معـــدل وفـــيات الأطفال الرضع في النصف الأول من السبعينات أعلى من 120‰ فقد وصـــل إلى مستوى يقل عن 45‰ في أول التسعينيات، كذلك شهد معدل وفيات الأطفال تحت سن الخامسة انخفاضا في نفس الفترة من حوالي 150‰ إلى 50‰ .

لكـــن بالرغم من أن جميع الأطفال في الجزائر بغض النظر عن خلفياتهم، قد استفادوا من هذا الانخفاض في معدل الوفيات، فإنه لازالت هناك تباينات واضحة بين الأطفال في احتمالات البقاء على قيد الحياة [2].

---

[1] منظمة الأمم المتحدة للطفولة : اليونسيف : الطفل الجزائري . مرجع السابق ص 20 . 21 .

[2] وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، الجامعة العربية: المسح الجزائري حول الصحة الأم والطفل المرجع السابق ص 41.

يوضح الجدول التالي تطور معدلات وفيات الرضع في الجزائر في الفترة 1990.1997

الجدول رقم (11):تطور معدلات وفيات الأطفال الرضع (1990.1998) حسب الجنس (‰)

الجنس / السنوات	ذكر	أنثى	المجموع (‰)
1990	60.00	55.50	57.80
1991	59.40	54.20	56.90
1992	57.70	53.00	55.40
1993	57.61	53.29	55.49
1994	56.80	51.51	54.21
1995	57.94	51.68	54.87
1996	57.94	52.21	54.59
1997	59.50	53.66	56.64

Source: ONS: Démographie Algérienne N° 277 Alger 1997.

كما أشارت نتائج المسح إلى أن مستويات الوفيات بين الأطفال قد إنخفضت في كل من الحضر والريف، إلى أنها ترتفع في الريف أكثر منها في الحضر، وقد أوضحت هذه النتائج كذلك أن معدلات وفيات الأطفال الرضع الذكور أعلى من الإناث، كما أن الانخفاض النسبي في معدلات وفيات الأطفال الرضع يقل عن الانخفاض النسبي لمعدلات وفيات الرضع الإناث، ويوضح الجدول التالي ذلك:

الجدول رقم (12) يبين التقديرات المباشرة لمعدلات وفيات الأطفال الرضع طبقا لمحل الإقامة والجنس خلال الفترة (1987-1992).

معدلات الوفيات	1987 -1992			
	الحضر	الريف	الذكور	الإناث
الوفيات قبل الشهر الأول	19.0	24.6	25.9	18.4
الوفيات بعد الشهر الثاني	12.8	28.5	24.9	18.3
الوفيات قبل السنة الأولى	31.8	53.1	50.8	36.7

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل ص 29.

تعـــود بعـــض المسببات الأساسية لانخفاض معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة بصفة عامـــة إلـــى البرامج المطبقة في منتصف الثمانينات، والمتعلقة بمكافحة وفيات الأطفال، حيـــث شرع فيه سنة 1984م، في إعطاء انعكاسا طبي على صحة الأطفال، كما يبدو ذلك واضـــحا من خلال معدلات وفيات الأطفال الرضع، وقد تضمن هذا البرنامج عدة محاور يدخـــل مـــن بيـــنها التلقيح الذي أخذ مكانة عامة، وكذلك تحسين ظروف الولادة وتحسين الظروف العامة لمعيشة السكان الناجمة عن التقدم والتطور في مجال ظروف السكن وكذا تحســـين شروط النظافة وطريقة التغذية التي أدت إلى اختفاء أمراض منتقلة وتراجع هام لأنواع أخرى من الأمراض كمرض الحصبة والسل السعال الديكي...

وهـــذا الشيء جيد ومشجع على متابعة مكافحة وفيات الأطفال الرضع حتى نصل إلى الأدنى أو القبول الذي وصلت إليه البلدان المتطورة.

يمكن القول إذن أن المنظمات العالمية المهتمة بصحة الطفل كالمنظمة العالمية للصحة (OMS) صـــندوق الأمـــم المـــتحدة للطفولة (UNICEF)، والهيئات الوطنية في البلدان كـــوزارة الصحة قد قامت بخطوة عملاقة في مكافحة وفيات الأطفال الأقل من سنة بصفة خاصة، وهذا مقارنة مع الدول السائرة في طريق النمو الأخرى.

أما فيما يخص ظروف الوزارة المعنية فأن المشكل لا يحل عن طريق برنامج واحد أو بالاهـــتمام بمكافحـــة وفيات الرضع الذي يولي الاهتمام فقط بالأسباب المباشرة، بل هناك أسباب خفية أي غير مباشرة لهذه الظاهرة والمتعلقة بالظروف الاجتماعية والاقتصادية.

ويمكـــن أن تكـــون المجهودات والبرامج غير فعالة ما لم يكن الانسجام بين الإجراءات والتدابـــير المتخذة في مجال السياسات الاقتصادية والاجتماعية ومشروع برنامج مكافحة الوفيات. هذا ما حدث في الجزائر في التسعينيات إذ رغم المجهودات الجبارة المبذولة في هذا المجال للوصول إلى الهدف المسطر إلا أن النتائج لم تكن مشجعة وهذا يرجع لأسباب خارجـــية اســـتطاعت التحكم فيها؛ وذلك بمعالجة هذه الأسباب لتوفير الخدمات الأساسية ووضع برامج فعالة ووقاية صحية لمكافحة وفيات الأطفال الرضع.

لذلـــك يجب على الدول النامية عامة، والجزائر خاصة أن تحلل الوفيات الأقل من سنة تحلـــيلا شـــاملا ودقيقا، وذلك لمعرفة الأسباب الحقيقية لهذه الوفيات حتى تستطيع التحكم فيها، وحتى تصل إلى المستوى الذي وصلت إليه الدول المتطورة من حيث الحد من هاته الوفيات.

المبحث الثاني : *أسباب وفـيات الأطفال الـرضع.*

1- أسباب وفيات الأطفال الرضع في العالم:

تستحوذ الوفـيات التي تصيب الأطفال قبل بلوغهم العام من العمر على معظم اهتمام الباحثيـن باعتبارها أحسن مؤشر لقياس المستوى الاجتماعي والصحي، لأي مجتمع ومن جهة أخرى فإنها دليل للتطوير الديمغرافي حيث تستطيع هذه التقديرات أن تعطينا صورة عن مستوى التطور ونوعية المعطيات الديموغرافية [1].

ففـي الدول المتقدمة تم التحكم في الوفيات الأقل من سنة بدرجة كبيرة خاصة الوفيات التـي تـرجع إلـى الأسباب الخارجية؛ وأسباب هذه الوفيات (وفيات الأطفال دون سنة) معـروفة ومسـجلة حيث أغلبها تحدث في المحيط الطبي مرفقة بشهادة طبية تحمل سبب الوفاة، كما تم القضاء في هذه البلدان على الأمراض المعدية وأمراض الإسهال.

ومن أهم أسباب وفيات الأطفال في البلدان المصنعة هي وفيات ما حول الولادة، فالقيام بدراسـة شـاملة في هذه البلدان ممكنة لأن الإحصائيات حول أسباب الوفاة موجودة، إذ تعتـبر القناة الرئيسية التي توفر البيانات اللازمة عن الأمراض وأنواعها. وبالتالي يمكن ذلـك مـن وضع برامج فعالة لرعاية الصحية من أجل مكافحة وفيات الأطفال الرضع، وبالمقـابل نجـد أن الدول النامية لم تصل بعد إلى المستوى الذي وصلت إليه هذه الدول لفقدانهـا إلـى الإحصـائيات. وترجع بصفة عامة أسباب وفيات الأطفال الرضع في هذه الـبلدان إلـى الأمـراض التالية: الإسهال، الحصبة، الكساح، السعال الديكي، الأمراض التنفسية، الكزاز، التهاب السحايا، فقر الدم...

فمن بين نحو اثني عشر مليون طفل دون الخامسة من العمر تختطفهم يد المنون سنويا في البلدان النامية نتيجة للأمراض التي يمكن الوقاية منها، حيث تعود أسباب الوفاة بالنسبة لمـا يقـرب ستة ملايين طفل منهم ، أي نحو 55% بصورة مباشرة، وغير مباشرة إلى سوء التغذية الذي يعتبر نتائج للمرض وعدم كفاية ما تناوله الطفل الذين يتألبان معا لخلق مـنا الوهن بيد أن هناك عناصر أخرى عديدة منها اجتماعية، سياسية، اقتصادية، وثقافية لها دورها في ذلك إلى جانب العامل الفيسيولوجي .[2]

---

[1] CENEAP : Débat et critique , spécial démographes N° 08,Alges 1984, p 105.

[2] منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونسف): وضع الأطفال في العالم 1998، ص 11.

أمـــا بالنسبة إلى الشلل فإنه أخذ يتراجع إلى الوراء، وهذا بفضل المجهودات المتواصلة حيـــث نلاحظ انخفاض عدد الحالات المصابين بالشلل في العام من 400.000 حالة سنة 1980 إلـــى 100.000 حالة عام 1993م، هذا الانخفاض لا يوحي بإمكانية القضاء على الحـــالات شـــلل الأطفال قضاء كاملا مستقبلا لأن هناك 68 بلد من العالم مازال فيروس الشـــلل منتشر فيها بقوة مثل البنغلاديش، الهند، والباكستان، ومنه يمكن أن نقول أنه ليس بالإمكان القضاء على المرض في أي مكان، إذا لم يتم إستئصاله في مكان ... [1].

ويعـــد ســـوء الـــتغذية العامل الرئيسي في تفاقم مختلف الأمراض، حيث حوالي ثمانية ملاييـــن وفـــاة من بين وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات والتي تبلغ 13 مليون في السنة، ترجع إلى الإسهال والملاريا والأمراض التنفسية وكما ذكرنا سابقا. أن الوفاة ليست فـــي العـــادة ناجعـــة عـــن سبب واحد، لكنها تعتبر محصلة الجمـــع بين المرض وسوء التغذية، اللذين يوديان بالطفل إلى الوفاة المبكرة والضعف الشديد في النمو... [2]

كمـــا أصـــبح مـــن الواضح اليوم أيضا، أن النقص في الفيتامين "أ" حتى المعتدل منه يضعف جهاز المناعة لدى الأطفال مما يحد من مقاومتهم للاسهلات التي تمثل 2.2مليون طفل سنويا، حيث أكدت نتائج أثنى عشر من التجارب الميدانية في البرازيل وغانا والهند وإندونيســـيا والنيـــبل وأماكن أخرى، إلى أن فيتامين "أ" لغداء الأطفال قد تخفض من هذه الوفيات الناجمة عن الإسهال، وقد بينت أربع دراسات أن معدل الوفيات قد انخفض بنسبة 35 إلـــى 50% وقد تبين أيضا أن تناول الأطفال للفيتامين يمكن أن يقلص بمعدل النصف عدد الوفيات الناجمة عن الإصابة بالحصبة التي تودي بحياة مليون طفل سنويا.

أمـــا إذا تحدثـــنا عـــن الإسهال والأمراض التنفسية فيمكننا أن نقول أن نصف وفيات الأطفـــال تحدث بسبب هذين الأخيرين، ولا يمكن الحد من نصف هذه الوفيات التي تنجم عـــن الأمـــراض التنفسية، الأمن عن طريق التحصين، وحملات التوعية بعلامات الخطر وبالمضـــادات الحـــيوية فاستخدام الأملاح، ومحاليل معالجة الجفاف عبر الفم هي الطريقة الـــناجعة لـــتفادي وفيات الأطفال الرضع بسبب هذا الأخير. وكما بين تقرير مسيرة الأمم

---

[1] منظمة العالمية للطفولة (UNICEF) مسيرة الأمم، تصدر عن اليونسف، سنة 1995. ص 3.

[2] منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونسف)، مسيرة الأمم، المرجع السابق ص 14 .

المـــتحدة لعام 1994 أن 40% من حالات الإسهال عولجت بأملاح ومحاليل الإماهة مما أدى إلى انقاد حياة مليون طفل سنويا... [1].

فقر الدم كذلك الناجم عن نقص الحديد، يعد من بين أكثر الاختلالات الغذائية شيوعا في العـــالم، فهو يخفض القدرة على مقاومة الأمراض، لذلك يعد سببا هاما للوفيات المتصلة بـــالحمل، حيث يزيد من خطر النزيف والالتهابات خلال الوضع، كما يقدر عدد الأطفال الذيـــن يعـــانون مـــن الهزال بنحو 67 مليون طفل، تقل أوزانهم عن الحد الذي يمكن أن يتناسب مع طول قامتهم، ويعاني نحو 183 مليون طفـــل من نقص في الوزن عن الوزن الطبيعي لسنهم، وتبين إحدى الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من نقص حاد في الوزن هـــم أكـــثر عرضـــة بمعدل مرتين إلى ثماني مرات لخطر الوفاة خلال العالم الثاني من الأطفال ذوي الوزن الطبيعي ممن هم في سنهم [2].

أمـــا فيما يخص معدلات تحصين الأطفال ضد الحصبة فقد ارتفعت من حوالي 25% ســـنة 1980 إلى حوالي 80% لأن، الأمر الذي بات يسفر عن انقاد 1.5 مليون طفل كل سنة، فالحصبة شأنها شأن الشلل فمن الواجب أن تنظم أيام تحصين وطنية، وهذا لمحاولة الوصول إلى مكافحة الجذرية لمثل هذه الأمراض، ووضع برامج هادفة لاستئصال مرض الحصـــبة، استئصـــالا فعليا، كأمريكا اللاتينية التي تعد المنظمة الأولى التي تحررت من الشلل، وهي نفسها المنظمة الرائدة أيضا في مجال القضاء على الحصبة ... [3].

والملاحـــظ أن الإجـــراءات الواجب إنجازها بالنسبة للمرأة الحامل من رعاية وراحة وتخفـــيف عبـــئ العمل وتزويدها بالغذاء المتوازن لها، لها نفس القدر من الأهمية عندما ترضـــع الأم طفلهـــا، فالرضـــاعة الطبيعية تجمع بصورة مثالية بين المكونات الأساسية الثلاثـــية، الـــتغذية السليمة، أي الغذاء والصحة والرعاية، حيث يزيد خطر وفاة الأطفال الرضع بنحو 14 مرة على الأقل عن نظراتهم ممن يرضعون رضاعة طبيعية بينما تزداد خطورة وفاة الأطفال الذين يرضعون الحليب الصناعي نتيجة للإصابة بداء الرئة "نيمونيا" 4 أضعاف أعدادهم ممن يبتعدون كليا على حليب أمهاتهم.

---

1 نظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونسف): مسيرة الأمم، المرجع السابق ص 7.

[2] منظمة الأمم المتحدة للطفولة: (UNICEF): وضع الأطفال في العالم المرجع السابق ص 43

[3] منظمة العالمية للطفولة (UNICEF) : مسيرة الأمم المرجع السابق ص 6.

كمـــا توجـــد مخاطر كبيرة خاصة في التجمعات السكانية الفقيرة التي تعوزها بالمياه النظيفة، والصرف الصحي بأن يؤدي إرضاع الطفل الرضيع الحليب الصناعي إلى الوفاة بسبب الاسهالات والتهابات الجهاز التنفسي [1].

والجدول التالي يوضح أهم الأسباب المؤثرة في وفيات الأطفال في العالم

الجدول رقم (13) يبين أهم الأسباب المؤثرة على وفيات الأطفال الرضع في العالم

المواليد الجدد في الدول السائرة في طريق النمو	المواليد الجدد في الدول المتقدمة
أمراض الإسهال	الزكام
الزكام	ذات الرئة
ذات الرئة	أمراض الإسهال
التهاب القصابات الهوائية	التهاب الأمعاء
السعال الديكي	مشاكل عضوية أثناء الولادة
التهاب الأمعاء	–

Source: Afrique Médicale, OP cit, P.717.

[1] منظمة الأمم المتحدة للطفولة: (اليونسف): وضع الأطفال في العالم، 1998 ، ص 5

2-أسباب وفيات الأطفال الرضع في الجزائر

يتطلب تحليل وفيات الأطفال الرضع تحليلا شاملا لمعرفة الأسباب الخفية لهذه الوفيات حتى نستطيع التحكم فيها لأننا إذا لم نعرف سبب حدوث ظاهرة ما لا نستطيع معالجتها، فبمعالجة هذه الأسباب يمكن رفع معاناة عن كاهل الأطفال بتوفير الخدمات الأساسية التي تضمن بقاءهم وسلامتهم خاصة الأطفال حديثي الولادة باعتبارهم أكثر عرضة للأمراض من حيث ضعف مناعتهم الطبيعية، فبخروج الطفل من الرحم تزول مناعة أمه، وتعوض بمناعة ينتجها هو نفسه ويكتسبها مع مرور الوقت، لكن قبل ذلك سوف يتعرض لتأثيرات داخلية وخارجية تغير من مجرى حياته، وهو مازال لم يبلغ عامه الأول، لذلك نحاول التطرق للأمراض الأساسية المباشرة التي تصيب الأطفال وغير المباشرة التي تساهم بشكل كبير في هاته الوفيات.

- الأسباب المباشرة:

تتعلق وفيات الأطفال الرضع بشكل كبير بسلوك المجتمع إزاء الرعاية والتغطية التحصينية والحماية ضد الأمراض المنتشرة التي تقضي على الآلاف أطفال دون السنة لأنهم ذوي حساسية مفرطة اتجاه المحيط الذي يعيشون فيه.

نقدم في هذا السياق مجموعة من الأسباب الرئيسية من معطيات المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل والمعطيات الخاصة بدراسة مصطفى خياطي حول الديموغرافيا، والسكان الخاصة بأسباب وفيات الأطفال الرضع على المستوى الوطني.

تبين أن السبب الرئيسي لوفيات الأطفال الرضع بالجزائر في الشهر الأول هو الولادة المبكرة "Prématurité " بـ 32.2% والتي تعود بدرجة الأولى إلى الحالة الصحية للأم أثناء الحمل، كالجهد الذي تبذله الأم الحاملة الجزائرية أثناء الحمل خاصة في المناطق الريفية، وعدم المتابعة الصحية أثناء الحمل، وكذلك يعود إلى سوء التغذية لدى الأمهات الحوامل، تم يتبعها الإسهال بـ 18.4% نتيجة النوعية الرضاعة المقدمة للطفل، وإلى تأثير الظروف الخارجية السيئة والنظافة، ثم تتبعها مشاكل التنفس بـ 12.9% وهذا نتيجة التأثيرات الخارجية كالمناخ، والحمى بـ 11.5% هاته الأسباب داخلية لأنها حدثت في الشهر الأول، أما عن الأسباب الخارجية التي تحدث بعد الشهر الأول والحادي عشر من عمر الطفل، فنجد أن الأمراض المعدية هي السبب الرئيسي للوفاة [1] ونجد أن القئ

---

[1]Khiati Mostafa: Démographie et population, op cit , page 77.

والحمـــى همـــا العارضان الأكثر ظهور قبل الوفاة في هذه الفترة، نتيجة لعدم قدرة جهاز المـــناعة علـــى مقاومـــة ضياع كميات هائلة من الماء خلال اليوم الواحد، وبالتالي يفقد الرضيع من 10% إلى 20%من وزن جسمه [1] إضافة إلى ذلك نجذ سوء تغذية الطفل، والذي نتج عنه 9.2% من الأطفال الذين يعانون من نقص في الوزن.

فالأطفـــال الرضع يتعرضون إلى الأمراض المتعلقة بالحمل والرضع في الشهر الأول مـــن الولادة، ثم بعد ذلك يتأثر الرضيع بالمؤثرات الخارجية والأمراض المتعلقة بالعدوى التنفسية.

الجـــدول رقـــم (14) يبين نسب الأطفال الرضع الذين عانوا من أعراض معينة خلال الأسبوعين السابقين قبل الوفاة. (%)

أعـــــراض	العمر عند الوفاة	
	أقل من شهر	من شهر إلى 11 شهر
الإسهال	2.7	20.3
القيء	10.5	30.0
السعال أو ضيق التنفس	12.9	18.3
الحمى	11.5	22.1
الطفح الجلدي	–	10.2
التشنجات	8.9	18.8
الولادة المبكرة	23.2	6.8
أخرى	11.4	14.2

المصدر: اليونسف الطفل الجزائري، الجزائر 1993، ص

[1] LAPLANE (R) : Abrégé de pédiatrie, 33 ed. Massue, Paris, 1977. P 45.

الأسباب الغير مباشر:

شـــرعت الـــدول الجزائرية بالتعاون مع المنظمة العالمية للصحة (OMS) والمنظمة العالمية للطفولة (**UNICEF**) بوضع برامج لمكافحة وفيات الأطفال الرضع، قد كان لهذا البرامج انعكاسا حسنا في تطوير الهياكل الصحية وانخفاض في المستوى الوفيات إلا أنها لـــم نستطيع أن تقضى بشكل نهائي على بعض الأسباب التي تعتبر غير مباشر في حدوث الوفـــاة بين الأطفال الرضع، حيث توجد خصائص ديموغرافية والبيئية لا تزال لها تأثير على تفاقم وفيات الأطفال الرضع.

1- نوع المولود: "Le sexe de l'enfant"

نســـبة الـــنوع عند الميلاد تبين أن عدد الذكور يفوق دائما عدد الإناث وبالمثل نجد أن وفـــيات الذكور تكون عادة أكبر من وفيات المواليد الإناث فتأثر عامل الجنس على الوفاة الطفـــل الرضـــع – كقاعدة عامة- لا يترابط بالأسباب الأخرى المؤدية للوفاة، فالمعروف عند الذكور في هذه المرحلة أن تكوينهم الجسماني أقل مقاومة لتأثير الأمراض المعدية من الأطفال الإناث [1].

ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (15) يبين توزيع الوفيات الأطفال الرضع حسب الجنس (‰)

الجنس	معدل وفيات الأطفال الرضع‰
ذكور	49.6
إناث	35.4
المجموع	42.4

المصدر: اليونسف: الطفل الجزائري المرجع السابق ص 21.

[1] شلقامي مصطفي: الإحصاء السكان و الديموغرافي ، طرق التحليل الديموغرافي مطبوعات . جامعة الكويت ، ص 172.

2- عمر الأم عند الإنجاب:

تختلف وفيات الأطفال الرضع حسب عمر الأم عند الولادة، ترتفع هذه الوفيات بشدة للأمهات اللواتي تقل أعمارهن عن 20 سنة، ثم تنخفض في الفترة من حياة الأم عندما تتراوح عمرهن بين 20-40 سنة، ولكنها تعود مرة أخرى إلى الارتفاع عند النساء اللواتي أعمارهن 40سنة وحتى نهاية فترة الحمل، ولكن هذا الارتفاع لا يتعدى المستوى المسجل للنساء في الأعمار المبكرة (أقل من20سنة)، وتفسير ذلك يرجع بصور محتملة إلى أن الأم الشابة تفتقر غالبا إلى الخبرة الكافية في رعاية مولودها، بهذه الطريقة وعن دون قصد تزدادعند الطفل مخاطر الوفاة، ويؤكد ذلك أن أسباب الوفاة الرئيسية المباشرة والتي تودي بحياة الأطفال ترجع إلى أمراض النزلة المعوية، والعيوب الخلقية. أومن ناحية أخرى نجد أن تأثير أمراض الحمل يظهر بوضوح على الأمهات في الأعمار الصغرى بدرجة أكثر من الأمهات في الأعمار الأخرى [1] ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (16): يبين التقديرات المباشرة لوفيات الأطفال الرضع طبقا لسن الأمهات عند الإنجاب.

سن الأمهات عند الإنجاب	معدل وفيات الرضع بالألف
أقل من 20 سنة	57.8
(20-29 سنة)	49.5
(30-34 سنة)	48.7
(35-49 سنة)	71.9

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل ص 37.

[1] مصطفى الشلقاني: التحليل الإحصائي والديموغرافي، المرجع السابق ص 173.

3-ترتيب المولود: Le range de naissance

تعتـــبر ترتيب المولود من العوامل الأساسية التي تحدد مستوى وفيات الأطفال فاحتمال الوفاة بين الأطفال ينخفض مع زيادة رتبة المولود حتى المولود السادس وأحيانا السابع بعد ذلـــك يـــبدأ فـــي ارتفـــاع؛ وفيات المولود الأول بالمقارنة مع وفيات المواليد في الترتيب اللاحقـــة، (الثانـــي فأكثر) تكون أكبر ويرجع ذلك إلى أن التكوين الجسماني للنساء التي تلـــدن لأول مـــرة لا يمكـــن أن تضمن القوة الحيوية للمولود الأول بنفس درجة المواليد اللاحقة، يؤكد ذلك أن سبب الوفاة في الترتيب الأعلى يرجع ارتفاع إلى كثرة عدد الأطفال فـــي الأسرة وبالتالي انخفاض في كل من مخصصات الأمومة ورعاتيها [1] ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (17) يبين التقديرات المباشرة لمعدلات وفيات الأطفال الرضع من حسب مرتبته عند الولادة.

ترتيب الطفل	معدل الوفيات الرضع بالألف
الأول	43.8
الثاني أو الثالث	57.0
الرابع أو أكثر	55.0

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل ص 37.

[1] مصطفى الشلقاني: التحليل الاحصائي والديموغرافي، المرجع السابق ص 173.

4- المدة الفاصلة بين الولادتين :

تبيـــن أنـــه كلما قصرت هذه الفترة كلما زادت وفيات الأطفال الرضع وبالتالي نلاحظ ارتفـــاع وفـــيات الأطفـــال المولودين بعد فترة سنة من المولود السابق، ويرجع ذلك إلى استقبال الجسم الحمل الجديد قبل أن يسترجع التكوين الجسماني للمرأة قوته التي أستنفدها فـــي الحمل السابق، و تعتبر أمراض النزلة المعوية من أسباب الوفيات المباشرة في هذه الحالـــة، و يـــنظر إلـــى فترة مقدراها سنتان بين كل مولودين على أنها فترة مناسبة، فإذا زادت المـــدة بدرجة كبيرة فإن المواليد ذات التراتيب العالية تزداد عرضتها للوفاة، وهو أيضا من العوامل الغير الملائمة، كما هو الحال عندما تكون الفترة قصيرة [1].

5- صحة الأم:

تبين أنه إذا كان الحمل مصحوبا بأمراض متعلقة بالأم، أو وجود أعراض غير طبيعية أثناء تطور الحمل والجنين فإن إحتمال وفاة المولود في فترة ما حول الولادة يكون مرتفعا ومن بين أهم الأمراض التي تزيد في إرتفاع معدل الوفيات عند الوضع مايلي: [2]

- إرتفاع الضغط الشرايني.
- أمراض القلب والجهاز التنفسي.
- أمراض السكر.
- أمراض الجهاز التناسلي.

6- محل الإقامة:

يعتـــبر محـــل الإقامة من العوامل الغير المباشرة في حدوث وفيات الأطفال الأقل من ســـنة، فقـــد أكد المسح الجزائري، أن هناك فرق في الهياكل والرعاية بين سكان الحضر والريف، ويتضح ذلك من خلال الجدول.

---

[1] مصطفى الشلقاني : التحليل الإحصائي و الديموغرافي ، المرجع السابق ص 175 .

[2] Mostafa Khiati : Démographie Algérienne . Op cit P 70

الجدول رقم (18) يبين التقديرات المباشرة الإحتمالات وفيات الأطفال الأقل طبقا لمحل الإقامة والجنس.

الجنس	إحتمالات الوفيات في الألف	
	وفيات الرضع	
	الحضر	الريف
الذكور	47.2	73.7
الإناث	34.9	54.2

المصدر : المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل ص 34

7- عوامل البيئة:

تعتبر عوامل البيئة إحدى الأسباب الغير مباشرة في وفيات الأطفال الرضع حيث تلعب دورها على مستوى الأسرة وتؤثر على كل من حالة المرافق والبيئة الأساسية في المنزل أو المنطقة المحيطة وكذلك على الممارسات الوقائية في الأسرة.

ويوضح الجدول التالي تأثير أربع عوامل منها:

الجدول رقم (19) يبين التقديرات المباشرة لمعدلات وفيات الأطفال الرضع طبقا لبعض العوامل البيئية.

العوامل البيئة	معدل وفيات الرضع بالألف
مصدر مياه الشرب شبكة ضخ	65.3
أخرى	60.9
نوع المرحاض مرحاض متصل بشبكة صرف	63.3
أخرى	61.2
المنطقة المحيطة بالمسكن منطقة جافة	65.0
منطقة بها مياه راكدة أو طفح	43.4
أرضية المسكن أسمنتية فينيل	65.3
ترابية/ أخرى	58.3

المصـــدر: وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصاء، الجامعة العربية : المسح الجزائري حول الصحة الأم والطفل، المرجع السابق ص 40.

8- العوامل الأخرى:

إن العمـــل الشـــاق للأم، الخمور، المخدرات والتدخين المفرط، وعدم توفير الظروف البيئية الجيدة، وغياب القابلات ذوي الكفاءة العالية، والعتاد الطبي وعدم توفر أدنى شروط الـــنظافة عند الوضع والولادة، كلها عوامل يمكن لها أن تؤدي إلى وفاة المولود أثناء فترة ما حول الولادة وبعدها [1].

[1] علي الحسن: أطفالنا توهم – تغذيتهم- مشكلاتهم، دار العلم للملايين، بيروت 1986، ص 28

الفصل الثالث

تأثير العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و الديموغرافية

في تفاقم ظاهرة وفيات الأطفال الرضع

الفصل الثالث : تأثيـــر العوامل الاجتماعيـة والاقتصاديـة والديموغرافية في تفاقم ظاهرة وفيات الأطفال الرضع

المبحث الأول : *أثـــر العـــوامل الاجتماعيـــة و الثقافيـــة في تفاقـــم ظاهـــرة وفيـــات الأطفـــال الـــرضـــع*

المبحث الثاني: *أثـــر العـــوامـــل الاقتصاديـــة في تفاقـــم ظاهـــرة وفيـــات الأطفال الرضـــع*

المبحث الثالث : *أثـــر العوامـــل الديـــمـــوغرافـــيـــة في تفاقـــم ظـــاهـــرة وفيـــات الأطفـــال الـــرضـــع*

المبحث الأول : *أثر العوامل الاجتماعية في تفاقم ظاهرة وفيات الأطفال الرضع.*

لقد أشرنا في سياق الحديث عن محددات وفيات الأطفال الرضع إلا أن الاهتمام قد اتجه خلال العقد الأخير إلى دراسة قضية العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية المؤثرة في هذه الظاهرة. ومن مؤكد أن الدراسات التي عالجت هذه القضية قد أسهمت في إثراء معرفتنا بمختلف العوامل التي تؤدي إلى حدوث الوفيات بين الأطفال والتي تم بناء عليها طرح مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى الحد من تفاقم حجم هذه الظاهرة في مجتمعات العالم الثالث ومنها الجزائر.

وقد أثبتت نتائج العديد من الدراسات في هذه الصدد -أن تمة علاقة قوية بين مستويات التقدم الاجتماعي والاقتصادي، ومستويات معدلات وفيات الأطفال الرضع، حتى أن هذه الأخيرة أصبحت تستخدم في كثير من الأحيان- للإشارة إلى درجة التطور الاجتماعي والاقتصادي لمجتمع مامن المجتمعات ويظهر من خلال الدراسة المقارنة التي أجراها BEHM عام 1975 حول وفيات الأطفال الرضع في أمريكا اللاتينية أن نسبة وفيات أطفال الأمهات الذين تقل أعمارهم عن سنتين تبلغ ثلاثة وأربعة أضعاف نسبة الوفيات بين الأطفال الذين تقل أمهاتهم عشر سنوات أو أكثر من التعليم[1]كما تؤكد دراسة CALDWELL عن وفيات الأطفال في أبيجان (نيجريا) عن أهمية الدور الذي يلعبه تعليم الأمهات في التقليل فى مستوى معدلات الوفيات ويرى أن لهذا العامل تأثير يفوق تأثير أي متغير اجتماعي واقتصادي آخر كما يشير المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل سنة 1992م على تأثير وفيات الأطفال الرضع بمستوى تعليم الأم وحالتها المهنية، حيث أن أطفال الأمهات الأعلى تعليما واللواتي يعملن بأجر نقدي، يتمتعون بفرص أكبر للبقاء على قيد الحياة، بالمقابل نجد أطفال الأمهات اللواتي لم تلتحقن بالمدرسة ولا تعمل بأجر نقدي تقل فرصة بقاءهم على قيد الحياة [2] كما تشير البيانات المأخوذة من المسح الجزائري حول الخصوبة خلال الفترة من 1969-1970 على سبيل المثال -إلى أن نسبة

---

[1] وليام بواس: السياسات الهادفة لتقليص تفاوت الوفيات في السكان والتنمية في الشرق الأوسط اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا الأمم المتحدة. 1985 ص 48

[2] وزارة الصحة و السكان، الديوان الوطني للإحصاء، الجامعة العربية.المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل المرجع السابق.ص34

وفيات أطفال الأمهات المتعلمات قد بلغ 105% في ألف حين بلغت نسبة وفيات الأطفال الأمهات غير متعلمات 150 في ألف [1]كما تبين من خلال الدراسةالتى اقيمت في اتحاد السوفيتي أن أغلب النساء يرضعن أطفالهن سواء كان ذلك في المدن أو في القرى اعتمادا على المعلومات المعطاة من قبل مؤسسات الاستشارة والرعاية الصحية في موسكو، فإنه ما يقرب عن 93% من النساء يرضعون أطفالهن بعد الولادة، وفي حالة قلة اللبن فيطعم الأطفال بالإضافة إلى ذلك بالمواد اللبنية والمواد الغذائية الأخرى لأن لهذا النوع من الرضاعة أهمية كبرىلأنه لوحظ أن نسبة الوفيات قلت بثمان (8) مرات من الأطفال الذين أرضعوا لبن أمهاتهم بالنسبة للأطفال الذين أطعموا بالطريقة الاصطناعية[2]وفي صدد الحديث عن تأثير العامل الاجتماعي علىمدة الرضاعة، فلنأخذ على سبيل المثال تأثير المستوى التعليمي للأم على ممارستها على متوسط طول فترة الرضاعة فتبيـــن أن الأمهات اللواتي لم يتحصلن على قسط من التعليم يرضعن أطفالهن فترة أطول من غيرهن حيث يبلغ متوسط فترة الرضاعة لهؤلاء الأمهات 14.9 شهر مقابل 11.5 شهر للأمهات اللواتي لم تلتحق بالمرحلة الابتدائية[3] بالمقابل فارتفاع مستوى تعليم الأمهات قاد بعض النساء إلى الاعتقاد أن الرضاعة الطبيعية تضر بصحتهن أو تفقد من جمالهن ورشاقتهن وأن المستفيد الوحيد هو الرضيع[4] ويتضح في نفس السياق أن البيئة التي يعيش فيها الطفل بكل نواحيها الايكولوجية والصحية فضلا عن وجود بعض العادات الصحية السيئة،كعدم حرص بعض الأفراد على نظافتهم الشخصية واتجاه الأمهات المتعلمات نحو فطم الأطفال الصغار في مرحلة مبكرة، ومن تم قصر فترة الرضاعة الطبيعية تؤدي إلى سوء تغذية الطفل الرضيع، إذ تسبب له مستحضرات الألبان الصناعية الملوثة بسبب ظروف غير صحية اسهالات خلال السنة الأولى من عمره. كما أن العامل الثقافي ووعي الأمهات دورا في عملية الرضاعة، فقد تبين أن حليب الأم غداء مثالي غير معوض في بداية حياة الرضيع لما تحدته من مناعة ضد العدوى والإسهال وهما سببان رئيسيان في وفيات الأطفال الرضع، وتدل الإحصائيات أن نسبةالوفيات تقل من (4) أربعة مرات حتى (6) ستة بين الأطفال الرضع الذي يتلقون التغذية الطبيعية.

---

[1] Dominique tabutin : la mortalité infantile et junveile en Algérie, op-cit p 35

[2] لا نحو نوي : أمراض الأطفال، المرجع السابق ص 64.

[3] الديوان الوطني للإحصاء، وزارة الصحة والسكان. المرجع السابق ص 118

[4] نصيفة فهد: الرضاعة الطبيعة، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الكويت ط 2 1983 ص 28

وإذما قورنت بع بالوفيات الذين يتلقون الرضاعة الاصطناعية [1] ويعني هذا أن الأم التي ترضع ولدها تحصنه ضد الإصابة بالأمراض أما الأم التي ترضع طفلها بالقارورة فهي ترضعه للموت. وقد نشرت جمعيتي ((welk war and want) ((lorbertsgrappe dritte))مقالا حول ضرار الرضاعة الإصطناعية، فكان الأول مقالها بعنوان "قاتل الأطفال الرضع" وأرجعته إلى ارتفاع سبب الوفيات الأطفال الرضع في الدول العالم الثالث ولكثيرة استيراد للحليب ((nestle)) أما المجلة الثانية غيرت العنوان من قاتل الأطفال ((nestle tué les bébes))

كما أن الحليب المستورد بشكل خطورة في الدولة النامية أكبر من الدولة المتقدمة بسبب تلوت المياه وصعوبة التعقيم وعدم الاحترام الأم للمقاييس الصحية في التحضير خاصة عند الأمهات الأميات، وهذا يشكل خطرا كبيرا على صحة الرضع، فيعرضه للإصابة بالأمراض كسوء التغذية والإسهال التي تؤدي بحياته إلى الموت[2].

كما يشير "راتكلف" إلى مدى انتشار الخدمات الصحية في تحقيق الانخفاض في معدلات الوفيات في ولاية كيرالا ((الهندية)) على أنه قد تنبه إلى هذا الانخفاض كان قد حدث في أكثر إنحاء هذه الولاية قبل التوسع في انتشار هذه الخدمات، حيث ارتبط جغرافيا بمستويات معرفة القراءة والكتابة، كما يتضح أيضا أن معدلات وفيات الأطفال المسجلة في الكويت وإن كانت منخفضة نسبيا مقارنة بمثيلاتها في بعض الدول النامية إلا أنها تبدو أعلى بكثير من مستويات المعدلات السائدة في أوروبا الغربية، ويعزي ذلك بعض العوامل الاجتماعية والتي منها أن عامل تعليم الأمهات ظل بطيئا في تغيره قياسا بالعوامل الاقتصادية[3].

---

[1] مرتيكين شود : صحة الأطفال، دار سير، موسكو، 1985 ص 54

[2] عدلات السعي: السيكولوجية الأمومة ومسؤولية الحمل. الشركة المتحدة للتوزيع الجزء الثاني . دمشق 1985- ص 31.

[3] محمد ابراهيم عادل : السياسة الصحية و أثرها على وفيات الأطفال. المرجع السابق ص 73

والواقع أن الأدلة التي تعكس اختلاف معدلات وفيات الأطفال الرضع باختلاف المستوى التعليمي للأمهات تشير إلى الدور الكبير الذي يلعبه عامل التعليم في تحديد مستوى هذه المعدلات وعلى حد تعبير "كالدويل" فإن الأمهات المتعلمات يبتعدن عن التعاقد و يصبحن أقل ايمانا بالقضاء والقدر في حالة المرض، ومن يلجا الى الكثيرمن لسبل المتاحة في المجتمع من أجل رعاية أطفالهن وعلاج ما يصيبهم من أمراض بذلك يؤثرون بشكل أساسي على فرض بقاء أطفالهن على قيد الحياة.

كما بينت دراسة قام بها البروفيسور "djamil lebane " في مصلحة التوليد لاحظ أن قاعة العمل للمركز بمصلحة التوليد وأمراض النساء لا تحتوي على التجهيزات الضرورية للإنعاش الخاصة بالمواليد الجدد، فالفريق الصحي لقاعة التوليد وتقنين طب الأطفال، تحولون المواليد الجدد من قاعة العمل إلى وحدة العناية بالأطفال بعد الولادة مباشرة تتم في ظروف سيئة تؤدي إلى انخفاض حرارة عند الرضع، واختناق المولود وهذا يؤدي بدوره إلى وفاة الرضيع.

وتشير الدراسة كذلك أن وفيات المواليد ما حول الولادة تشتد دائما عند تحويل المولود الجديد من مصلحة صحية إلى أخرى وهذا في غياب الوسائل الاستعجالية داخل سيارات الإسعاف يترجم عدم وعي الفريق الصحي أكثر من غياب القدرات التقنين[1] ونستنتج من هذه الدراسة أن غياب الوعي لدى الأطباء والتقنين فى المصالح الإستشفائيةله تأثير في ارتفاع وفيات الأطفال الرضع في المجتمع الجزائري وتشير بعض الدراسات الأخرى إلى أن مستوى معدلات وفيات الأطفال تتوقف أيضا-على درجة التحضر- بدليل ارتفاع هذه المعدلات في المناطق الريفية عن مثلتها في المناطق الحضرية وخاصة في معظم بلدان العالم الثالث يرجع هذا على حد تعبير "wirth " إلى أن عملية التحضر تحدث تغير فى أساليب المعيشية الحديثة- بما في ذلك فىالجديد والحديث في طرق رعاية الطفل ويضيف أن الخدمات الطبية أكثر توافر في المناطق الحضرية عنها في المناطق النائية ولذلك يتوقع وجود علاقة عكسية بين المستوى التحضر ومستويات وفيات الأطفال الرضع.

---

[1] MSP : Assis national de santé, initiative pour une maternité sans risque problématique et perspectives Alger.Mai1998 p 5

وفي هذا الصدد تشير البيانات الإحصائية المأخوذة من مسح حول صحة الأم والطفل الذي تم في الجزائر خلال سنة 1992 إلى وجود ارتفاع ملحوظ في مستوى معدلات وفيات الرضع بين الجنسين في المناطق الريفية حيث بلغ 73,7‰ عند الذكور و54,2‰ عند الإناث، في حين لم يتجاوز هذا المستوى حدود 47,2‰ عند الذكور و34,9‰ عند الإناث في المناطق الحضرية [1].

وطالما أن الأمهات هن المسؤولات عن التغذية والرعاية الصحية لأطفالهن فإن معرفتهن بالقراءة والكتابة تساعدهن على أدارك الحالات التي ينبغي فيها اللجوء إلى المساعدة الطبية فضلا عن اتخاذ الإجراءات الوقائية الضرورية فبقدر ازدياد اهتمام السكان بالتعليم خاصة بين النساء في سن الإنجاب يزداد توفير الرعاية الصحية المناسبة، وهذا ما يبدو واضحا في ظل الشواهد التي تم استخلاصمن الدراسات التي اهتمت بهذه القضية في بعض المجتمعات النامية منها الجزائر وعلى ذلك فإن الأمية يمثل أحد المعونات التي تحول دون تحسين الوضع الصحي للأطفال، ومن ثم فإن ذلك يؤدي إلى ارتفاع في مستوى معدلات وفيات الأطفال خاصة مع وجود ارتفاع في نسبة الولادات بين الأميات.

ولكن يتضح من خلال الإشارة إلى العوامل الاجتماعية المؤثرة في ظاهرة وفيات الأطفال الرضع أن كلا من المستوى التعليمي، والوعي ودرجة التحضر يعتبرون بمثابة محددات أساسية لمستوى الوفيات بين الفئات السكانية وفي ضوء هذا ملاحضات يمكن أن نفسر سبب تلك الاختلافات بين معدلات وفيات الأطفال الرضع في معظم بلدان العالم النامي بما فيها الجزائر.

---

[1] وزارة الصحة و السكان، الديوان الوطني للإحصائيات الجامعة العربية المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل ، المرجع السابق ص 34

المبحث الثاني: أثـــر العوامـــــل الاقتصاديـــــــة في ظاهـــــرة وفيـدات الأطفـــال.

دلت بعض الدراسات، فضلا عن بعض عمليات المسح على أن الاختلاف في معدلات وفيات الأطفال الرضع مرتبط بعامل اقتصادي أساسي يتمثل في دخل الأسرة، ويشير في هذا المجال مسح أجراه المركز القوى للإحصائيات الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية إلى أن معدلات وفيات الأطفال في الأسر ذات الدخل المنخفض أعلى نسبة 60 في المائة من تلك المعدلات المسجلة في الأسر ذات الدخل المرتفع [1].

وبالاعتماد على البيانات الإحصائية التي أصدرتها المنظمة العالمية للطفولة لعام 1978 والتي توضح علاقة معدلات وفيات الأطفال بمتوسط دخل الفرد في بعض بلدان العالم، تبين -بصفة عامة- أن ارتفاع متوسط دخل الفرد في المجتمع يقابله انخفاض في نسبة وفيات الأطفال الرضع، وذلك لأن ارتفاع الدخل يعكس الوضع الاقتصادي والمعيشي للعائلات ومن تم يؤثر بشكل فعال في نسبة حدوث الوفاة بين الأطفال.

ومما يلاحظ في هذا الصدد -أن ارتفاع متوسط الدخل عند الفرد بعض فى الدول العربية مثل ليبيا والعراق والسعودية وعمان، يقابله ارتفاع مماثل في معدلات وفيات الأطفال ويرجع ذلك إلى أن هذا المتوسط لا يعبر عن واقع توزيع الدخل بين الأفراد- خاصة مع وجود ذلك التفاوت بين الطبقات الاجتماعية والاقتصادية في كل هذه المجتمعات [2].

وتشير دراسة قام بها ((المركز الوطني للدراسات والتحاليل من أجل التخطيط CENEAP)) في المجتمع الجزائري سنة 1997، تبين أن خصائص المعيشة للطفل الرضيع تقليص من الوفيات الذين يعيشون في مسكن مجهز بالمياه الصالحة للشرب، ومرحاض مرتبط بقنوات صرف المياه، يقع في منطقة نظيفة يستفيد الرضيع من احتمال يرفع من حظوظ في الحياة، مقارنة مع الأطفال الذين ليس لهم مسكن مجهزا بالمياه الصالحة للشرب وقنوات صرف المياه [3]

---

[1] محمد عادل ابراهيم : السياسة الصحية و اثرها على وفيات الأطفال، المرجع السابق ، ص 74

[2] محمد عادل ابراهيم : نفس المرجع ص 75

[3] CNEAP : Population , société , Développement en Algérie, op.cit p 32

ويلاحظ في هذا الصدد -أن المشكلات الصحية التي تعاني منها الأطفال الرضع ترتبط عموما بالآثار الناجمة عن العدوى وسوء التغذية، وارتفاع معدلات الخصوبة وتذهور الظروف الاقتصادية كما تزداد هذه الأمراض انتشار في المناطق التي يفتقر سكانها إلى المياه الصالحة للشرب فضلا عن عدم إتباعهم العادات الصحية السليمة، مما يؤدي إلى تلوث مصادر المياه التي يستعملونها وتراكم مياهها، الأمر الذي يؤدي إلى إصابة الأطفال الرضع بالأمراض وخاصة مرض الإسهال ويؤدي إلى وفاة الرضع ويرى mc)) ((junkin)((ماكجنكين)) أن هناك علاقة طردية بين توافر المياه وصحة السكان، حيث أن توفير امتدادا المياه والإصحاح يؤديان إلى النهوض بصحة الطفل ونموه [1].

وأوضحت دراسة "Chesse- phillippe" أن الكثير من الباحثين يربطون الوسط الاجتماعي والاقتصادي مع طريقة الرضاعة وتأثيرها على فترة الرضاعة الطبيعية، حيث أنه في فترة 1985-1986 سجل بـــ Monterial ((مونتيريال)) أن نسبة الأمهات من وسط معيشي منخفض تصل إلى 63% اللواتي يرضعن أطفالهن طبيعيا مقارنة بالأمهات من وسط معيشي مرتفع، وهذا راجع إلى تكاليف شراء الحليب ورضاعات الزجاجات والحلمات وغير ذلك من لوازم الرضاعة الاصطناعية[2] وفي الصدد الحديث عن تأثير العامل الاقتصادي قام الباحثان "Massen- Kongo" بملاحظة مجموعتان من الأمهات الحوامل حيث أن المجموعة الأولى من الأمهات كن يتناولن غذاء غير ملائم من الناحية الصحية ولم تكن تتوفر فيه عناصر الغذاء كامل من البروتينيات والفيتامينـــات، فتبين وجود اختلافات واضحة وشاسعة، فلقد كان وزن مواليد الفئة الثانية أكبر بكثير من الفئة الأولى.

وبالتالي فإن الفئة الثانية لها فرص بقاء على قيد الحياة أكثر من الفئة الأولى[3] ما تبين كذلك من خلال الدراسات أسباب الولادة المبكرة تعود إلى علل وأسباب مختلفة كالحالة الاجتماعية والمعشية، فالأم في العائلة الفقيرة المعوزة تكون على الغالب سيئة، مصابة بفقر الدم، وهي لا تلقى العناية الكافية أثناء الحمل والولادة، مما يتسبب في ظهور بعض النتائج الوخيمة كتكرار الإسقاط والولادة الخديج (مبكرة) وولادة الجنين ميتا.

---

(1) CENEAP : Population , société . Développement en Algérie, opcit. p 35

(2) chessex Phllippe et autres: Allaitement maternel et alimentation de l'enfant de 0 – à 1 ans. Edition agency d'ARINC, conada . 1984 P36

(3) علي حسين: أطفالنا نموهم وتغذيتهم المرجع السابق ص 35.

وغير ذلك ومنها مرض الأم كإصابتها ببعض الأمراض الموضعية التي تلحق بالأعضاء التناسلية والعديد من الأمراض الأخرى كفقر الدم وسوء التغذية وبالتالي فإن فرص بقاء المولود المبكر على قيد الحياة تكون ضعيفة مقارنة مع الولادة العادية[1] ويذهب "عبد الهادي يموت" في تفسير لها سبق إلى أن الجزء الكبير من القوى العاملة أي نحو 62 في المائة في المجتمع السعودي على سبيل المثال يعمل في القطاع الزراعي، في حين أن القطاع الزراعي لا يمثل سوى 2 من المائة من الدخل القومي السعودي.

ومن هنا كان ارتفاع وفيات الأطفال مرتبط بالانخفاض دخل أكبر شريحة من السكان وكذلك الأمر بالنسبة لمجتمع الجزائري إذ يعمل 25 بالمائة من القوى العاملة في القطاع الزراعي، في حين أن القطاع الزراعي لا يمثل سوى 6 من الناتج القومي، وذلك عام 1984[2] أما عام 1995 فكان يعمل 19,9% من القوى العاملة في القطاع الزراعي في حين أن القطاع الزراعي لا يمثل إلا 10,3%[3] في مدى تأثير بعض العوامل مثل الإقامة الحضرية والريفية والدخل العائلي –والحالة السكانية في معدلات وفيات الأطفال الرضع، على أننا لا نجد مثل هذا التفاوت مع عامل كالمستوى التعليمي، فلقد كشفت الدراسات التي قامت بها منظمة العالمية للسكان (O.M.S) والتي شملت سبعة بلدان في إفريقيا وخمسة بلدان في آسيا وثلاثة في أمريكا اللاتينية على أن التعليم يعد العامل المهيمن، حيث تبين أن النساء التي تحصلنا على أكبر قدر من التعليم من أقل فئة تتعرض أطفالها للوفاة، كما وجد ارتباط بين تعليم الأمهات لمدة 10 عشر سنوات و بين انخفاض وفيات الأطفال[4].

---

[1] عبد الله الصوفي : موسوعة العناية بالطفل ، المرجع السابق. ص108

[2] عبد الهادي يموت: النمو السكاني والتنمية الاقتصادية والاجتماعية العربية، معهد الإنماء العربي بيروت، 1988 ص 30.

[3] CENEAP : population société et développement , OP- cit, P75.

[4] عادل إبراهيم: السياسة الصحية وأثرها على وفيات الأطفال، المرجع السابق ص .76.

المبحث الثالث : *أثر العوامل الديموغرافية على وفيات الأطفال الرضع*

اتجهت بعض الدراسات الديموغرافية إلى التركيز على العوامل الديموغرافية المؤثرة في ظاهرة وفيات الأطفال الرضع، ومن تم اهتمت ببحث أثر الخصوبة المرتفعة في حدوث هذه الوفيات، وذلك للكشف عن العوامل التي تساهم في تفاقم هذه الظاهرة، ومن هنا تناولت مثل هذه الدراسات قضية اختلاف العالم الثالث التي تشهد ارتفاعا مستمرا وثباتا في معدلات الإنجاب والخصوبة.

وفي هذا الصدد الحدث دراسات عديدة سواء التي تمت في المجتمعات المتقدمة أو التي تم إنجازها في المجتمعات النامية خلال السنوات الأخيرة على وجود علاقة بين كل من سن الأمهات وعدد أطفال الأسر، والفترة ما بين الولادات وارتفاع نسبة الأخطار التي تهدد حياة طفل الرضيع.

وقد تبين أن معدل وفيات الأطفال الأمهات أقل من20 سنة، وأكثر من 30 سنة مرتفع مقارنة بالفئات العمرية الأخرى للأمهات، في بعض الأبحاث و35 سنة حسب دراسة التي قامت بها المنظمة العالمية للصحة في سنة 1978.

أما بالنسبة للأمهات التي يقل سنهن عن 20 سنة فقد أقام الباحثان ((Bulter)) و (Feldslein)) دراسة خاصة بهن وهذا في سنة 1965 وتوصلا إلى أن ارتفاع في معدل الوفيات عند هؤلاء النساء لا يرتبطا أساسا بسنهن فقط بل يرجع إلى كون هذه الفئة من النساء تتميز عادة بمستوى تعليمي محدود ووضعية اجتماعية واقتصادية منحطة وإلى كون الولادات ذات الرتبة الأولى[1].

كما أن ارتفاع عدد الأطفال إلى أكثر من ثلاثة فضلا عن التقارب بين الولادات تمثل عوامل أساسية في تفاقم ظاهرة الوفاة بين الأطفال الرضع. لها بين أطفال الذين تتراوح أعمار أمهاتهم ما بين 25 إلى 29 سنة، أما عن تأثير الفترة التي تفصل بين الولادة والأخرى، فقد اتفقت الأبحاث الخاصة بصحة الأم والطفل على أنه هناك خطر شديد بالنسبة لحالات الحمل التي تتعاقب مباشرة.

كما أثبتت أيضا هذه الأبحاث أن المدة الفاصلة بين الولادتين لها دور هام في تحديد الحالة الصحية للمولود عند الولادة، إذ أن معدل الوفيات الرضع يكون مرتفعا إذا قلت

---

[1] OMS. La prévention de la morbidité périnatales. OP cit P.18.

المدة الفاصلة بين ولادتين عن 18 شهرا أو تجاوزت 3 سنوات، و يرجع هذا إلى حاجة الأم لاستعادة قوتها بعد فترة الحمل و الولادة و إلى تعويض ما استنزفه الحمل السابق من مخزون قبل حدوث حمل جديد[1] كما أبرزت نتائج الدراسة المقارنة التي أجرتها منظمة العالمية للصحة "OMS " في سبعة بلدان متقدمة وكوبا ملاحظة أساسية مفادها أن الفترة المثلى بين الولادة و الأخرى تتروح ما بين 18 شهر وثلاثة أعوام حيث أن نسبة وفيات الأطفال الرضع يولدون بعد 12 شهر من الولادة السابقة تفوق 3,5 أضعاف نسبة وفيات الرضع الذين يولدون بعد الفترة المثلى المذكورة، في حين نشر الدلائل الواردة من البلدان النامية إلى نفس الإتجاه بصفة عامة، إذ تبين وجود علاقة بين ارتفاع معدلات وفيات الرضع والفترة القصيرة التي تفصل بين الولادة الأخرى في عدة بلدان من أمريكا اللاتينية[2].

كما أشارت مجموعة كبيرة من الدراسات في كل من البلدان النامية والمتقدمة إلى وجود ارتفاع في معدلات وفيات الأطفال الرضع بعد الولادة الثانية والرابعة، خاصة وأن الرعاية الصحية للطفل تتضاءل بالضرورة عندما يتجاوز عدد الأطفال ثلاثة أو أربعة بل أن هذه الرعاية الصحية يمكن أن تفتقد عن الأسر أقل يسرا[3].

وفي الضوء ما سبق من عرض وتحليل لأسباب ومحددات وفيات الأطفال الرضع من خلال اعتمادنا على البيانات الإحصائية المتوفرة ونتائج العديد من الدراسات يتضح أن المشكلات الصحية التي يعاني منها الأطفال والتي تؤدي إلى إحداث أكبر قدر من الوفيات منهم، هي تلك المشكلات المتعلقة بانتشار الأمراض المعدية والمعوية والتي منها مرض الإسهال الذي يعد أخطر آفة تصيب الأطفال الأقل من سنة في معظم بلدان العالم الثالث فيها الجزائر.

ومن المؤكد أن هذه الأمراض تقترن بالظروف الصحية السيئة، وانتشار سوء التغذية وارتفاع معدلات الخصوبة. الإنجاب في سن مبكر ومتأخر وارتفاع عدد الأطفال في الأسرة وقصر الفترة بين الولادة والأخرى فضلا عن نقص الرعاية الصحية.

---

(1) Sanuel Preston : Biologie and social aspects of mortality and the lenthy of life ordina, Belguin, 1982, P340.

(2) عبد الرحيم عمران: سكان العالم العربي حاضرا ومستقبلا صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية.نيويورك 1982 .ص 136

(3) محمد إبراهيم عادل: السياسة الصحية وأثرها على وفيات الأطفال المرجع السابق ص 78

فمن المعلوم جيدا أن الأطفال التي تعاني شعوبها من سوء التغذية المزمن تعاني أيضا من ارتفاع وفيات الأطفال الرضع، حيث يجمع الأطباء على أن الأطفال الذين يتناولون الغذاء الكافي الناحية الكمية والكيفية، غالبا ما يتعرضون للأمراض وتكون أمراضهم اشد وطأة وتسجيل حالات وفيات أعلى بالمقياس إلى غيرهم [1] وقد بينت بعض الدراسات أنه إذا كانت الأم صغيرة السن أو متقدمة السن أو متى أكثرت من الإنجاب الأولاد فإنه يحتمل أن تلد خديجا، كما يولد الطفل قبل الأوان، متى كان توأمان وأحيانا يقرر الطبيب التكبير في التوليد متى خشى عليها وشعر بعض الفحص والتدقيق أنه معرض للموت إن بقي في أحشاء أمة وهذا الغالب يقع متى ارتفع ضغط دم الأم ومتى كان نمو الجنين بطيئا.[2]

تعود أسباب الولادة المبكرة إلى علل وأسباب مختلفة كالحالة الاجتماعية والمعايشة فالأم في العائلة الفقيرة المعوزة تكون في الغالب سيئة التغذية، مصابة بفقر هي لا تلقي العناية الكافية أثناء الحمل والولادة، مما يتسبب في ظهور بعض النتائج الوخيمة، كتكرار الإسقاط وولادة الجديج (مبكرة) وولادة الجنين ميتا وغير ذلك، ومنها مرض الأم ببعض الأمراض الموضعية التي تلحق بالأعضاء التناسلية والعديد من الأمراض الأخرى منها الحادة والمزمنة كالسل والملاريا والداء السكري التيفويذ بالإضافة إلى إصابتها بقصور مرض تقيل الوطأة في القلب[3] أما عن تأثير نتائج الولادات السابقة فقد تبين أن مواليد الأمهات اللواتي تعرضن إلى إجهاض أو فقدان مواليدهن خلال الأسبوع الأول من الحياة أو أنجبن الولادات ميتة يكونون أكثر عرضة للوفاة في فترة ما حول الولادة، حيث تبين من خلال الدراسة التي أقيمت في الزايير أن معدل الوفيات ما حول الولادة يبلغ مقدار 66.4‰ لدى مواليد الأمهات ذوي السوابق الطبية [4]، كما أكدت نتائج بعض الدراسات إلى أن نسبة الأطفال الذين يولدون بأوزان تقل عن الوزن الطبيعي أي يوزن تقل عن 2500 غرام تتراوح ما بين 15.5% من مواليد في بعض البلدان العربية.

---

(1) عبد الله الصوفي: موسوعة العناية بالطفل المرجع السابق 1977 ص 52.51.

(2) د امس خليل بديس: دليل الطفل الطبي، منشورات دار الأفاق الجديد بيروت ط4 ، 1991- ص 65.

(3) عبد الله الصوفي: موسوعة العناية بالطفل، المرجع السابق، ص 108.

(4)Nzito-KIKHELA : techniques de collectes et d'analyse de données sur la mortalité périnatale à Kinshasa,Canada 1988 p 35 .

ويرجع هذا النقص في الوزن المولود إلى عدم حصول على القدر الكافي من الغذاء خلال الشهور الأخيرة من الحمل وتنتج عن هذا عدة عوامل من أهمها: صغر سن الأم الحامل، الحمل المتكرر والحالة الصحية الغذائية للأم، كما أن الانتشار الفقر والأمية دورا في تدهور الوضع الصحي والغذائي لكل من الأم الحامل والرضع على السواء.[1]

وفي هذا الصدد الحدث دراسة"Klosterman" أجراها سنة 1968لاحظ أن النساء اللواتي أنجبن أكثر من أربعة(4) ولادات ينجبن عادة مواليد ذوي وزن منخفض، كما تبين كذلك من خلال هذه الدراسة أنه يوجد اختلاف في وزن مواليد الأمهات ذوات الرتبة المنخفضة من المواليد أي الأقل من4 ولادات، وهذا الاختلاف يكون واضحا ابتداء من الأسبوع الثاني والثلاثين(32) من الحمل فقد يبلغ الفارق بينهما "120غ" عند الأسبوع السادس والثلاثين من الحمل ويرتفع إلى "200غ" عند الأسبوع الأربعين "4" من الحمل [2].

واتفقت كل البحوث والدراسات على أن وزن المولود الجديد عند الولادة هو العامل الذي يؤثر في تحديد مستوى الوفيات ما حول الولادة، حيث تبين من خلال دراسة التي قام بها "Rontebilo" والتي خصت 11905 ولادة وأن وفيات الحديثة الولادة تقدر بـ 32.8‰ ذوي وزن منخفض عند والولادة بينما تقدر هذه الوفيات بـ104‰ فقط بالنسبة للمواليد ذوي وزن عادي عند الولادة [3].

كما يبين الباحثان "Marolla" و"Susser" أن معدل وفيات المواليد المولدين بوزن منخفض يكون أكبر بـ35 مرة من معدل وفيات ما حول الولادة للمواليد ذوي الوزن العادي عند الولادة [4] فالتغذية المختلطة أو الصناعية وعدم كفاية الهواء النقي والضوء وسوء التغذية ظروف حياة الطفل الصحية والسكانية أصابته بالأمراض مختلفة يمكننا أن تؤدي إلى عدم زيادة وزن الطفل وتؤثر على نمو العام ويمكنه أن يؤذي إلى الوفاة [5].

---

(1) محمد عباس حفير و أخرون : واقع الطفل العربي ، لعام 1989 ، المجلس العربي للطفولة ،مصر، 1989، ص 27 .

(2) OMS : La prévention de la mortalité et morbidité et de la mortalité périnatale op.cit p 38

(3)Mefoued A : étude de la mortalité néonatale pendant 5 ans (1969 – 1973) au CHU Mustapha Bacha , thése de doctorat en medcine ص 68. 69.

(4)Mefoued A : IBID p 69 .

(5) لانجوفوي : أمراض الأطفال ، دار مير للطباعة و النشر الاتحاد السوفياتي موسكو 1969 ص 21 .

ومن بين العوامل الديموغرافية المؤثرة في ظاهر وفيات الأطفال الرضع الرضاعة وعلى سبيل المثال نذكر الدراسة التي قام بها "Mowarth " بملاحظة 5300 طفل في مدينة إنجليزية "Derby" موضحا تأثير الرضاعة على وفيات الأطفال الرضع في خلال فترة 1900- 1903.

جدول يبين وفيات الأطفال الرضع حسب نط الرضاعة

طريقة الرضاعة	الأطفال	نسبة الأطفال المتوفيين قبل سنة
حليب الأم	63.3	7.0
رضاعة مختلطة	17.3	9.9
لا رضاعة	19.4	19.8
المجموع	100	100

Source : Tabutin Dominique : la mortalité infantile et juvenile en Algérie travaux et documents , Cahiers N° 77 INED , Paris ,1976 p 162

الجدول هنا واضح حيث نجد نسبة وفيات الأطفال الرضع الذين لم تكن لهم لا رضاعة إطلاقا مرتفعة مرتين أو أكثر من الأطفال الذين كانت لهم الرضاعة مزدوجة (مختلطة) حيث نجد أقل نسبة في الوفيات هي نسبة الأطفال الذين كانت لهم رضاعة مختلطة9.9% من 17.3% تم في الأخير نجد نسبة وفيات الأطفال الذين لم تتم لهم رضاعة 19.8% من 19.4% أما نسبة مجموع الوفيات الأقل من نسبة وهي 10% من 5300 أي 100% [1].

كما أن للصحة الأم تأثير على وفيات الأطفال الرضع، خاصة إذا كان الحمل مصحوبا بأمراض متعلقة بالأم أو وجود أعراض غير طبيعية أثناء تطور الحمل الجنين فإن احتمال وفاة المولود في فترة ما حول الولادة يكون مرتفعا وأكثر أسباب هي مختلف الأمراض التي تصيب الأم كالسل، والملاريا، والتهاب الكلي المزمن، وأمراض الكبد المزمنة، ارتفاع ضغط الشرايني، أمراض القلب الجهاز التنفسي، وإصابة الأعضاء التناسلية للمرأة والأمراض الأخرى[2].

---

[1] Dominique Tabutin : Mortalité Infantile et juvénile en Algérie. op cit p 163

[2] Khiati Mostafa : Démographie Algérienne ,op cit p70

صنف إلى ذلك العمل الشاق للأمهات الحوامل وتعاطي الخمور والمخدرات والتدخين المفرط وعدم توفر الظروف البيئة الجيدة وغياب القابلات ذوي الكفاءة العالية والعتاد الطبي وعدم توفر أدت شروط النظافة عند الوضع والولادة كلها عوامل يمكن أن تؤذي إلى وفاة المولود أثناء الحمل والولادة[1].

كما أسفر التحليل عن بروز مجموعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية كمحددات المستوى الوفيات منها: المستوى التعليمي للأم ودرجة التحضر، وداخل الأسرة، وتلعب هذه العوامل أدوار أساسية في اختلاف معدلات الوفيات بين الجماعات السكانية، وفي ذلك تأكيد على مدى تأثير كل من انتشار الأمية بين الأمهات في سن الإنجاب انخفاض درجة التحضير فضلا على انخفاض دخل الأسرة في ارتفاع معدلات الوفيات بين الأطفال في مجتمعات النامية.

ومن تم فإن هذه النتائج تقودنا إلى القول بأن: فرص بقاء الأطفال على قيد الحياة مرتبطة ومتوقفة على إحدى بعض التغيرات في الظروف الصحية والاجتماعية معنى تجاوز الإجراءات الطبية والعلاجية البحتة إلى ما هو اعمق منها في التأثير وتقصد به التركيز على الرعاية الصحية الأولية التي تركز على الجانب الوقائي بكل ما يحتويه من برامج للشفيق الصحي والتغذية والإصحاح البيئي والتزويد بالمياه الصالحة للشرب والتحصين ضد الأمراض المعدية...وكلها برامج ترتبط بجوانب المؤثرة في ظاهرة وفيات الأطفال ..[2].

والواقع أن هذه الحقائق قد كان أحد العوامل الأساسية في إعادة توجيه السياسية الصحية بما يتناسب والظروف الصحية الاجتماعية والاقتصادية لمجتمعات العالم الثالث منذ إصدار إعلان ALMA- ATA عام 1978 والذي الحد على ضرورة اتخاذ الرعاية الصحية الدولية كاستراتيجية رئيسية تهدف إلى تحسين المستوى الصحي لسكان وخفض معدلات بين الأطفال[3].

---

(1) Khiati M : Démographie Algérienne , op cit p135.

(2)محمد ابراهيم عادل : السياسة الصحية و اثرها على وفيات الأطفال ، المرجع السابق ص 83

(3)Gendreau Francis : Population D'Afrique , Manuel de démographie ed KARTHALA .CEPED , 1993,p236 .237

الفصل الرابع

وصف ظاهرة وفيات الأطفال الرضع من خلال معطيات الملفات الصحية لـ مركز الإستشفائي الجامعي لمصطفى باشا

الفصل الرابع: وصف ظاهرة وفيات الأطفال الرضع من خلال معطيات الملفات الصحية لمركز الإستشفائي لجامعي لمصطفى باشا

المبحث الأول:- تطور وتركية وفيات الأطفال الرضع

- توزيع وفيات الرضع حسب السن والجنس

المبحث الثاني: - توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب السن الأمهات عند الإنجاب

- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب مكان الإقامة

- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب وسط الولادة

المبحث الثالث: - توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب رتبة الولادة

- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نوعية الولادة

- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نوعية الرضاعة

الاستنتجات

تمهيد:

يتناول موضوع بحثنا دراسة شاملة (exhautive) لوفيات الأطفال الرضع في المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا للفترة (1995- 1998م)، وثم اختيار هذه الفترة نظرا لتوفر الملفات الطبية لوفيات الأطفال الرضع، والتحسن الملحوظ في تسجيل المعطيات في الملفات مقارنة بالسنوات السابقة.

فبعد السماح لنا بالدخول إلى مستشفى واطلاعنا على مصالحتي طب الأطفال ومصلحة التوليد "Maternité "، تم لنا السماح بمعاينة السجلات الخاصة بالأطفال من 0-15 سنة ألا أن هذه السجلات لا تحتوي الأعلى عدد قليل من المعطيات (عمر الرضع، تاريخ الدخول، تاريخ الوفاة، سبب الوفاة، مكان الإقامة) وهذه المعطيات لا تسمح لنا بتحقيق البحث، وبواسطة بعض المعارف تمكننا من الحصول على الموافقة من طرف البروفسور، المصالحتي، المعنية بالدراسة وذلك للإطلاع على الملفات الطبية الخاصة بالأطفال الرضع خلال فترة الدراسة. (1995- 1998م) وهذه الملفات تتوزع على المصالح التالية:

- مصلحة طب الأطفال C.M I : 68 ملف الوفاة.
- مصلحة التوليد (المواليد الجدد): 172ملف وفاة.

وبالتالي فعدد وفيات الأطفال الرضع خلال فترة الدراسة (1995- 1998م) وصل إلى 240 حالة وفاة، كما ينبغي الإشارة إلا أن هناك عدد كبير من الملفات المفقودة من هذه المصالح المذكورة.

- مصلحة التوليد (المواليد الجدد) 8 ملفات مفقود وبالتالي يصبح عدد الملفات المستعملة في الدراسة 164 ملف وفاة.
- مصلحة طب الأطفال: 10 ملف مفقود ليصبح عدد الملفات المدروسة 58 ملف وفاة.

وبالتالي يصبح العدد الاجتماعي للملفات المدروسة في البحث، خلال فترة الدراسة في المركز الاستشفائي مصطفى باشا 222 ملف.

وعند إطلاعنا على هذه الملفات، ثم جمع المعطيات التالية:

- جنس الطفل المتوفى.
- تاريخ الولادة وتاريخ الوفاة.

- العمر عند الوفاة.
- مكان الإقامة.
- سبب الوفاة.
- سن الأم عند الإنجاب.
- رتبة الولادة وعدد الاخوة.
- طبيعة الرضاعة.
- وسط الولادة.
- التلقيح (B.C.G).

وكما يجب الإشارة إلى أن كل الملفات أي 222 ملف لا تحتوي على المستوى التعليمي للأبويـــن، كنا نود إدخال هذا المتغير الهام في الدراستنا وكما لا حظنا أن هناك 05 حالة ولادة متينة خلال الفترة المدروسة (95- 1998م)، وهذا دليل واضح على سوء التسجيل الولادات الميتة، حيث تسجيل أغلبية على أنها وفيات تحديد في نفس يوم الولادة.

وانطلاقا من هذه المعطيات قمنا باستغلال هذه المعطيات في بنا الجداول وتحليلها.

المنهج المتبع في الدراسة:

اســـتخدمنا فـــي دراستنا لوفيات الأطفال الرضع المنهج الإحصائي التحليلي وذلك يعود لطبـــيعة الموضـــوع الذي يعتمد على الأرقام عددية تبين عدد وفيات الأطفال الرضع، لذا اعتمادنا على جمع البيانات على الميدان الوارد في الملفات الخاصة بدراستنا وجدولتها في جداول بسطة ومركبة وفقا للمتغيرات المتحصل عليها (الجنس، العمر مكان الإقامة، سن الأم عند الإنجاب، مكان الولادة، نوعية الولادة، رتبة الولادة، نوعية الرضاعة...).

تـــم ارتأينا إلى تحليلها إحصائيا لأنه يعتبر أكثر دقة لاعتماده على لغة الأرقام وتمثلها في الأشكال البيانية لتسهيل التحليل والدراسة في نفس الوقت.

تصنيف المعدلات:

معدل وفيات الأطفال الرضع: Taux de Mortalité infantile (TMI).

يقصـــد وفيات الأطفال أقل من سنة فعلية، بمعنى عدد الوفيات اقل من سنة التي حدثت خلال السنة، إلى عدد الولادات الحية المسجلة خلال نفس السنة ويقدر بالألف [1]، ويتضح ذلك في القانون التالي:

$$\text{معدل وفيات الأطفال الرضع} = \frac{\text{عدد الوفيات أقل من سنة واحدة لسنة معينة}}{\text{الولادات الحية لنفس السنة}} \times 1000$$

معدل وفيات الذكور: " Taux De Mortalité Masculine "

يقصـــد به وفيات الأطفال الذكور أقل من سنة، بمعنى عدد الوفيات أقل من سنة للذكور التي حدثت خلال سنة عدد الولادات الحية للذكور المسجلة خلال سنة ويقدر بالألف.

ويتضح ذلك في القانون التالي:

$$\text{معدل وفيات الذكور} = \frac{\text{عدد الوفيات الذكور أقل من سنة واحدة لسنة معينة}}{\text{الولادات الحية للذكور لنفس السنة}} \times 1000$$

معدل وفيات الإناث: " Taux de Mortalité féminine

يقصـــد بـــه وفيات الأطفال الإناث أقل من سنة، بمعنى عدد وفيات الإناث أقل من سنة التـــي حدثـــت خلال سنة إلى عدد الولادات الحية للإناث المسجلة خلال نفس السنة وتقدر بالألف [2] ويتضح ذلك في القانون التالي:

$$\text{معدل وفيات الإناث} = \frac{\text{عدد الوفيات الإناث أقل من سنة واحدة لسنة معينة}}{\text{الولادات الحية للإناث لنفس السنة}} \times 1000$$

---

[1] رولان بريسا: التحليل السكاني، مفاهيم الطرق والنتائج، ترجمة محمد رياض، فصل الوفيات ، الديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر ص 175.

[2] BERDUGO MAIM : La sur mortalité masculine et ses causes, Thèse de médecine, 1975, P24.

تركيبـــة وفـــيات الأطفـــال الـــرضـــع:

1- وفيات المواليد الجدد: Mortalité Néo- natale

يقصـــد بهـــا الوفيات التي تحدث في ثمانية وعشرين يوم الأولى منذ الولادة، وحساب معـــدل وفـــيات المواليد الجدد يتمثل في نسبة الوفيات التي يحدث في ثمانية وعشرين يوم خلال السنة إلى الولادات الحية لهذه السنة[1] كما يتضح ذلك في القانون التالي :

$$\text{معدل المواليد الجدد} = \frac{\text{الوفيات (0. 28 يوم) لسنة معينة}}{\text{الولادات الحية لنفس السنة}} \times 1000$$

مع العلم أن هذه الفترة تعد مهمة لحصر العدد الهائل من الوفيات التي تحدث خلال هذه الفـــترة، لأنه من المعروف أن أهم فترة تتمثل في الأسبوع الأول من الولادة، وتسجل فيها وفيات معتبرة مما جعلنا نهتم بتقسيم المواليد إلى قسمين هما [2].

أ- وفيات المواليد الجدد المبكرة: Mortalité Néo-natale Précoce

ويقصـــد بها الوفيات التي تحدث خلال الستة أيام الأولى (0-6) أيام والمعدل الموالي لهـــذه الوفيات التي تحدث خلال سبعة أيام الأولى من الحياة لسنة معينة إلى الولادات لهذه السنة [3] كما يتضح ذلك في القانون التالي:

$$\text{معدل وفيات المواليد الجدد} = \frac{\text{الوفيات فترة (6.0 أيام) لسنة معينة}}{\text{الولادات الحية الكلية لنفس السنة}} \times 1000$$

(1)Alain Monnier : Manuel d'analyes de la, mortalité infantile, Manuel d'analyse de la, Mortalité Paris, P 53
(2) Alain MOUNIER : IBID P53.
(3) Alain MONNIER : ibid.. P53.

ب- وفيات المواليد الجدد المتأخرة: Mortalité Néo- natale Tardive يقصد بها الوفيات التي تحدث بداية من اليوم السابع للولادة إلى ثمانية وعشرين يوم، والمعدل الموالي لهذه الوفيات يتمثل في نسبة الوفيات التي تحدث من اليوم السابع إلى ثمانية وعشرين يوم من الحياة خلال السنة إلى الولادات الحية لهذه السنة [1] كما يتضح ذلك في القانون التالي:

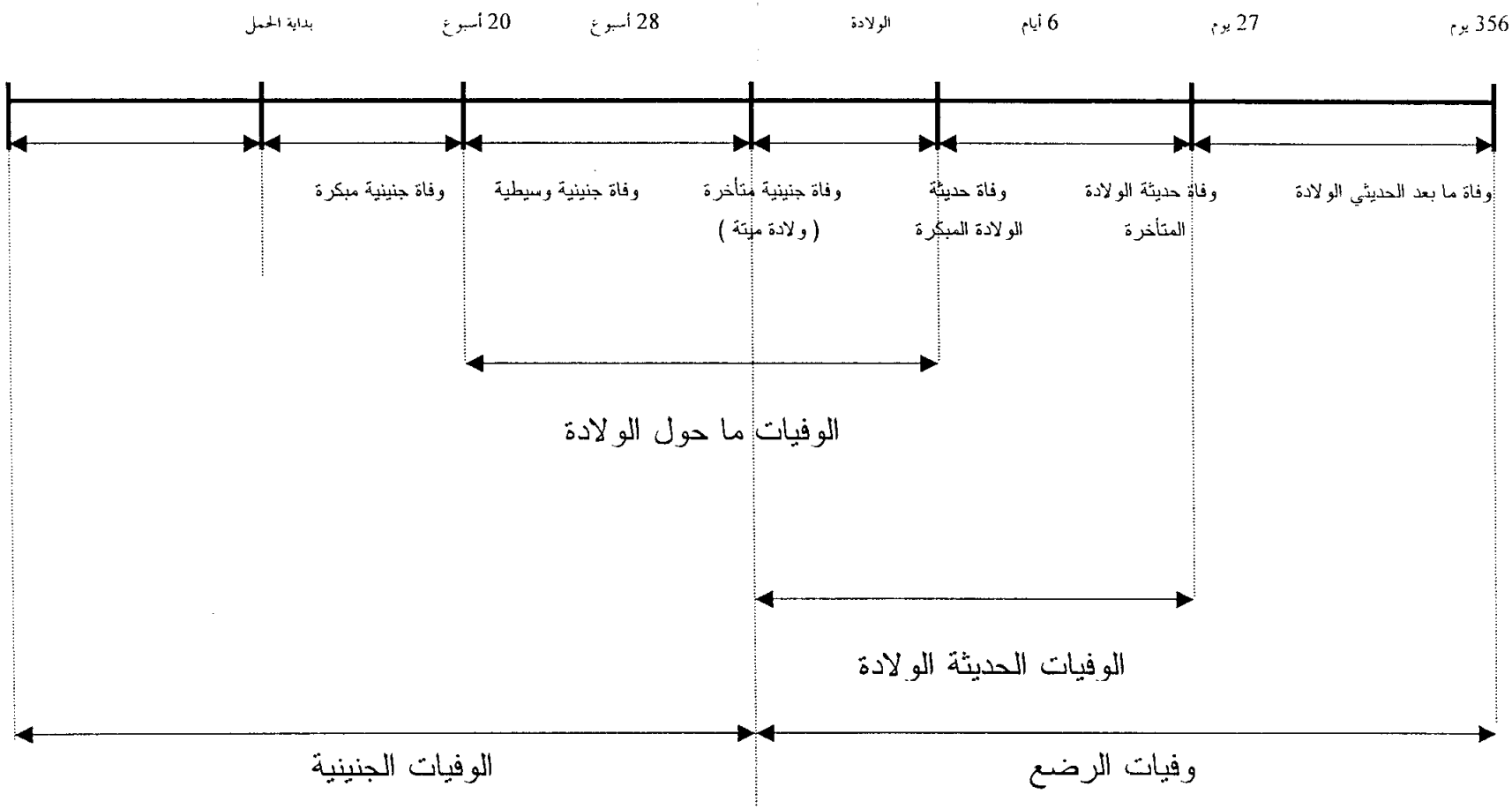
$$\text{معدل وفيات المواليد الجدد المتأخرة} = \frac{\text{الوفيات فترة (28.7 يوم تامة) لسنة معينة}}{\text{الولادات الحية لنفس السنة}} \times 1000$$

2- وفيات ما بعد المواليد الجدد: Mortalité post Néo- natale

يقصد بها الوفيات الملاحظة خلال الفترة الواقعة ما بين التاسع والعشرين يوما إلى سنة تامة، المعدل الموالي لهذه الوفيات يتمثل في نسبة الوفيات التي تحدث في الفترة (29-364 يوم تامة) خلال سنة معينة إلى الولادات الحية لهذه السنة، ننفي منها الولادات الحية الخاصة بالشهر الأول [2] بمعنى الولادات الحية الخاصة بوفيات المواليد الجدد كما يتضح ذلك في القانون التالي:

$$\text{معدل وفيات الأطفال الرضع} = \frac{\text{الوفيات فترة (29-364 يوم تامة)لسنة معينة}}{\text{الولادات الحية لنفس السنة- الوفيات للفترة (0-28) يوم تامة}} \times 1000$$

[1] Alain MONNIER:. les méthodes d'analyse de la mortalité infantile, Op cit , P 54.
[2] Alain MONNIER : IBID, P .54.



الشكل (1) رسم تخطيطي لوفيات الرضع و الأجنة

المبحث الأول: تطـــور وفيـــات الأطـفال الـــــرضع.

لدراســة الــتطوير العــام لوفــيات الأطفال الرضع في المركز الاستشفائي الجامعي لمصــطفى باشا الجزائر خلال الفترة (1995- 1988م) لم نستطيع حساب معدل وفيات الأطفال الرضع لمختلف السنوات، وهذا الأسباب التالية:

1- الأطفــال الرضــع الذين توفوا في المستشفى خلال سنوات البحث ليسوا كلهم من المواليد نفس المستشفى.

2- الــولادات التــي تحدث في المستشفى خلال سنوات الدراسة ممكن أن تحدث لها وفــيات داخل المستشفى هذا من جهة ومن جهة أخرى ممكن أن تحدث لها وفيات خارج المستشفى وهذا ما لمسناه أثناء معاينتنا للملفات وفيات الأطفال الرضع.

وبالتالي قمنا بوضع فرضية أن العينة (المستشفى) مغلقة، أي الأطفال الدين توفوا في المستشــفى هــم من مواليد نفس المستشفى ومن بين هذه الولادات لا تحدث وفيات خارج المستشفى بل تحدث دخله.

وقــبل الشروع في دراسة تطور وفيات الأطفال الرضع، قمنا بحساب معدلات الوفيات حسب الطريقة التي سبق وأن شرحنها اعتمادا على المعطيات الولادات والوفيات.

جدول رقم (20) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع في المركز الاستشفائي خلال فترة الدراسية

الأحداث / السنوات	الولادات الحية	الوفيات 0-364 يوم	معدل الوفيات‰
1995	2950	88	29.83
1996	2705	34	12.56
1997	3094	68	21.97
1998	3410	32	9.38

المصدر: يبين الجدول على أساس معطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا الجزائر.

حســب الجــدول رقــم (20) يبين لنا أن معدل الوفيات الأطفال الرضع لعام 1995م مرتفعا مقارنة بالسنوات الأخرى حيث وصل إلى 29.83‰ هذا الارتفاع يعود ربما إلى توافــد عــدد كبير من الأطفال الرضع إلى مستشفى مصطفى باشا الجزائر وبالتالي توفوا

بداخلـــه، كمـــا يـــرجع سبب بعض الأطباء المختصين في طب الأطفال السبب إلى نقص الأدوية.

وبالمقـــابل فإن الفترات الأخرى 1996- 1998م شهدا انخفـــضا محسوسا ما عد في فترة 1997م حيث عرف معدل الوفيات ارتفاعا من جديد، حيث وصل إلى 21.97‰ ثم انخفض إلى 9.38‰ عام 1998م.

ومن بين المسببات الأساسية لانخفاض معدل الأطفال الرضع بصفة عامة نجد البرامج المطـــبقة في منتصف التسعينيات حيث أعطى انعكاسا على صحة الأطفال، كما يبدو ذلك واضـــحا من خلال معدلات وفيات الأطفال حيث تضم هذه البرامج عدة محاور يدخل من بيـــنها التلقـــيح الـــذي احتل مكانة هامة وكذلك تحسين ظروف الولادة، والظروف العامة المعيشـــية الســـكان الناجمة عن التقدم والتطور في مجال ظروف السكان وتحسين النظافة وكذا طريقة التغذية قد أدى إلى اختفاء بعض الأمراض المتعلقة وتراجع هام لأنواع أخرى من الأمراض، كمرض الحصبة والسل والسعال الديكي... وهذا يعود إلى فعالية السياسة الصحية.

جدول (21) وفيات المواليد الجدد حسب معطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا. الجزائر.

الأحداث / السنوات	الولادات الحية	وفيات المواليد الجدد المبكرة		وفيات المواليد الجدد المتأخرة		وفيات ما بعد المواليد الجدد	
		العدد	المعدل ‰	العدد	المعدل ‰	العدد	المعدل ‰
1995	2950	52	17.62	14	4.74	22	7.45
1996	2705	17	6.28	7	2.58	10	3.69
1997	3094	42	13.57	8	2.58	18	5.81
1998	3410	16	4.69	7	2.05	9	2.63
1995 1998	12159	127	10.44	36	2.96	59	4.85

المصدر: يبين الجدول على أساس معطيات مركز وعلى أساس ملفات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا الجزائر.

جدول (22) وفيات المواليد الجدد حسب معطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا الجزائر

الأحداث / السنوات	الولادات الحية	وفيات المواليد الجدد		وفيات ما بعد المواليد الجدد	
		العدد	المعدل ‰	العدد	المعدل ‰
1995	2950	66	22.37	22	7.45
1996	2705	24	8.87	10	3.69
1997	3094	50	16.16	18	5.81
1998	3410	23	6.74	9	2.63
1995 1998	12159	163	13.40	59	4.85

تطور وفيات الأطفال حسب التركيبة العمرية:

بمقارنـــة معدلات وفيات المواليد الجدد مع معدلات وفيات ما بعد المواليد الجدد نلاحظ أن معـــدلات الوفـــيات (28.0 يـــوم) مرتفعة من معدلات الوفيات (29- 364 يوم) وهذا راجع إلى أن المستشفى حدثت فيه حالات كبيرة لوفيات المواليد الجدد، كونه يستقبل عدد كبير من الولادات (172 حالة وفاة حدثت في مصلحة التوليد خلال الفترة 1995-1998) أي حوالـــي 77.44% من مجموع الوفيات التي حدثت خلال الفترة مست ولادات وقعت في المستشفى، ومن جهة أخرى هذا الارتفاع في وفيات 0ـ28 يوم يرجع لوفيات لأسباب داخلية (متعلقة بصحة الأم أثناء الحمل والوضع).

- تطور نسبة الذكور عند الولادة والوفاة:

يمكن اعتبار نسبة الذكور عند الولادة وعند الوفاة كمؤشر أساسي لقياس نوعية تسجيل الظواهـــر الديموغرافـــية في مصلحة الحالة المدنية الخاص بالقطاع الاستشفائي، ومعرفة الـــتفاوت الحاصـــل فـــي تسجيل الظواهر (الولادات، الوفيات) بين الذكور والإناث على المستوى المستشفى الجامعي لمصطفى باشا للفترة 1995- 1998م.

تكون نسبـــة الذكور عنـــد الولادة طبيعية (significatif) إذا كانت محصورة بين 104 و107 وهي عبارة عن النسبة بين عدد الذكور المولودين خلال سنة معينة إلى عدد الإناث المولودين خلال نفس السنة.

والجدول التالي بين تطور نسبة الذكور ومؤشرات زيادة الوفيات الذكرية:

جدول رقم (23) توزيع وفيات الرضع حسب معطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا خلال فترة الدراسية .

الأحداث / السنوات	الولادات الحية		الوفيات 0-364 يوم		معدل الوفيات (%)		نسبة الذكور عند الولادة	مؤشرات زيادة الوفيات الذكرية
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث		
1995	1545	1405	37	51	23.94	36.29	1.09	0.72
1996	1393	1312	19	15	13.63	11.43	1.06	1.26
1997	1582	1512	43	25	27.18	16.53	1.04	1.27
1998	1800	1610	16	16	8.88	9.63	1.11	1.00
1995 1998	6320	5839	115	107	21.61	18.32	1.08	1.07

المصدر: يبين الجدول على أساس المعطيات المركز المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا.

يبين لنا من خلال الجدول رقم (23) ارتفاع نسبة الذكور عند الولادة أكثر من الإناث في المستشفى الجامعي لمصطفى باشا الجزائر خلال الفترة المدروسة من 1995م إلى 1998م لتدرج ما بين 1.04 إلى 1.11% .

أما نسبة الذكور عند الوفاة مرتفعة خلال هاته الفترة 1996 – 1998م في المستشفى ما عد عام 1995م حيث واصل إلى 0.72 % لأن فيه (surmortalité féminine) ويعود بسبب ذلك إلى أكثر وفيات الأطفال الأنثى خلال تلك الفترة عن الذكور، أما بالنسبة للسنوات الأخرى فنلاحظ أن هناك تفاوت واضح لجنس الذكر في الوفاة من الجنس الأنثوي (surmortalité féminine) يرجع هذا التفاوت أساسا إلى الأمراض المتعلقة بالحمل والوضع منها(الاختناق الولادي، الولادة المبكرة، والتشوهات الخلقية ...) والتي لها تأثير على الذكور ضعيف المقاومة من الناحية البيولوجية خاصة أثناء عملية الولادة حيث أن رأسه يكبر رأس الأنثى بـ 9 سم هذا ما بسب عسر ولادته وبالتالي وفاته.

الجدول رقم (25) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الجنس

الجنس	التكرارات	النسبة (%)
ذكـــــور	136	61.26
إنـــــاث	86	38.73
المجمـــوع	222	100

المصدر: يبين الجدول على أساس المعطيات المركز الإستشفائي الجامعي لمصطفى باشا الجزائر.

يمثل الجدول (25) توزيع 222 حالة وفاة دون السنة في الفترة (1995- 1998م) التي رصـــدت مـــن المستشفى الجامعي لمصطفى باشا وموزعة حسب الجنس، فمن بين 222 وفـــاة لديـــنا 136 وفاة الجنس الذكر أي ما يمثل 61.26% من مجموع وفيات الأطفال الرضع و 86 وفاة لجنس الأنثى والذي يمثل 38.73 % من مجموع الوفيات الأطفال دون السنة.

نلاحظ تفـــاوتا واضحا لجنس الذكـــر في الوفـــاة من جنس الأنثى وهذا ما يسمى بـــ "Surmortalité masculine " خـــلال جمـــيع السنوات المدروسة ويعود هذا التفاوت إلى الضعف البيولوجي الذي يميز جنس الذكر.

كم يعود هذا التفاوت كما أكده المختصون في طب الأطفال إلى أن جسم الذكر اكبر من جنس الأنثى لحظة الولادة خاصة منطقة الرأس وهذا ما يؤدي في غالب الأحيـــان إلى وفاة الطفل الذكور وهذا ما برهنه علميا الدكتور (stacktan hangh) إن جسم الذكر أكبر من جسم الأنثى خاصة في الرأس وهذا هو السبب وراء وفاة الذكور من الإناث لأنه أكثر عرضة للحوادث أثناء الوضع .

كما أن جسم الأنثى يكون أصغر من جسم الذكور لحظة الولادة [1] ومن هنا يتضح لنا سبب التفاوت الحاصل يبين وفاة جنس الذكر عن الأنثى والمتمثل في الاختلاف البيولوجي لكليهما.

---

[1] HAIM BERDUGO : la surmortalité masculine, OP cit, P 23.

جدول (26) توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن المتوفي والجنس للفترة (1995-1998م) .

سن المتوفي / السنوات	الجنس	0-6 أيام		7-28 يوم		29-364 يوم		المجموع	
1995	ذكور	34.09	30	12.5	11	13.63	12	60.22	53
	إناث	25.0	22	3.40	3	11.36	10	39.77	35
	المجموع	59.09	52	15.90	14	25.0	22	100	88
1996	ذكور	32.35	11	14.70	5	20.58	6	67.64	23
	إناث	17.64	7	5.88	2	8.82	3	32.35	11
	المجموع	50.0	17	20.58	7	29.41	10	100	34
1997	ذكور	38.23	26	7.35	5	16.17	12	61.76	42
	إناث	23.52	16	4.41	3	10.29	7	38.23	26
	المجموع	61.76	42	11.76	8	26.47	18	100	68
1998	ذكور	21.87	7	18.75	6	15.62	5	56.25	18
	إناث	28.12	09	3.12	1	44.44	4	43.75	14
	المجموع	50.0	16	21.78	7	28.12	9	100	32
1995 1998	ذكور	32.88	73	11.26	25	16.66	37	61.62	136
	إناث	23.87	53	4.95	11	9.90	22	38.73	86
	المجموع	57.20	127	16.21	36	26.57	59	100	222

المصدر بني الجدول على أساس المعطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا الجزائر

مـــن خـــلال المعطيات والنتائج الميدانية، وجدنا 222 حالة وفاة للعمر (0-1سنة) في الفـــترة 1995-1998م، فمن بين 222 حالة وفاة لدينا 136 للجنس ذكرى أي 61.26% مـــن مجمـــوع وفيات الأطفال الرضع و86 وفاة للجنس الأنثى الذي يمثل 40.07% من مجمـــوع وفيـــات الأطفال دون سنة، وهاتان النسبتـــان لا تغيران من توزيـــع الوفيـــات بين الجنس، فنلاحـــظ أن هناك تفـــاوت واضح لجنس الذكـــر في الوفاة من جنس الأنثى (surmortalité masculine) .

وبالتالـــي ففي فترة 1995 - 1998م، وجدنا أنه في الستة أيام الأولى من حياة الطفل الرضيع 6 أطفال يموتون من بين 10 أي 57.20% وهذا ما بين ارتفاع وفيات المواليد الجدد المبكـــر في هذه الفترة القصيـــرة فمن هنا نستنتج أن الوفيات التي تحدث في المدة (0-6 أيـــام)، تـــأخذ نسبة كبيرة من وفيات الأطفال دون سنة، حيث تفوق الوفيات التي تحدث في الفتـــرة 29-364 يـــوم، بالرغـــم أن هذه الفتـــرة تمثـــل 92.50 % من المدة (0-1سنة) وتعتبر فترة كبيرة.

وهـــــذا الـــتفـــاوت في النسب بين وفيات الذكور والإناث موجود في كل السنوات من 1995- 1998م، يمكن تفسير ذلك.

يعود هذا الارتفاع أساسا كون وفيات المواليد الجدد المبكر تمثل أعلى نسبة من مجموع الوفـــيات الأقـــل مـــن سنة، إضافة إلى ذلك فإن وفيات الذكور في هذه الفترة تكون أكثر تعرضًـــا الاحـــتمال الوفاة نظرا لطبيعة التأثير الذي تشكله أخطار الحمل والرضع، والتي تأثر بصورة كبيرة على جنس الذكر بسبب الضعف البيولوجي الذي تميزه ونظرا لضعف المناعة الطبيعية للمولود الجديد أيضا. كما لا حظنا من خلال الجدول أن الوفيات المواليد المـــتأخرة انخفضـــت مقارنـــة بوفيات المواليد الجدد، قد يعود هذا الانخفاض في الوفيات الذكـــور لهـــذه الفـــئة العمرية لاكتساب الطفل الرضيع مناعة من أمة تحميه من الأخطار الخارجية المتمثلة في الأمراض المعدية.

اتضـــح لنا من خلال ما قدم أن جنس الذكر هو الأكثر عرضة للوفاة من جنس الأنثى، ويعود السبب الرئيسي إلى عوامل طبية وبيولوجية أكثر منها العوامل الاجتماعية.

المبحث الثاني:

جدول (27) توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب خلال الفترة 1995-1998م

سن الأمهات عند الإنجاب	العدد	النسبة
19– 15	16	7.20
24 – 20	36	16.21
29 – 25	54	24.32
34 – 30	60	27.02
39 – 35	32	14.41
44 – 40	19	8.55
49 – 45	05	2.25
المجموع	222	100

المصدر: يبين الجدول على أساس معطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا الجزائر

تبين من خلال الجدول وجود علاقة طردية بين سن الأم عند الإنجاب ووفيات الأطفال الرضع، ذلك في الفئات العمرية الأربعة الأولى، حيث كانت نسبة وفيات دون سنة في الفترة العمرية (15–19 سنة) تقدر بـ 7.20% ثم ارتفعت هذه النسبة إلى 16.21% في الفئة العمرية (20– 24 سنة) في حين بلغت 24.32 في الفئة العمرية (25– 29 سنة)، ترتفع إلى 27.02% في الفئة العمرية (30– 34 سنة)، التي تعتبر أكبر نسبة لوفيات الرضيع لجميع فئات الأمهات فلاحظ أنه يوجد ارتباط بين المتغيرين (سن الأم عند الإنجاب) و(عدد الوفيات الرضع)، أي كلما ارتفع سن الأمهات عند الإنجاب ترتفع وفيات فعمر أو سن الأم عند الإنجاب له دور في وفيات الرضع، خاصة عند النساء (الأمهات) في الفترة (15– 19 سنة) اللاتي تضعن أغلبهن مولدهن الأول، وبالتالي يمكن أن يكون الحمل عسر ولا تكون لديهن تجربة مسبقة في الولادة ولا بعدها أي أثناء تربية المولود.

في حين نلاحظ في الفئات العمرية (35– 39 سنة) إلى (45- 49 سنة) وجود علاقة عكسية بين هذين المتغيرين (سن الأم ووفيات الرضع) أي كلما ارتفع سن الأم انخفض معدل الوفيات، حيث كانت النسبة في الفئة (35– 39 سنة) تمثل 14.41% ثم انخفضت هذه النسبة إلى 2.25% في الفئة (45–49 سنة) وقد ترجع إلى أخطار الحمل والوضع

أما في الفئة (45- 49 سنة) النساء الحوامل لا تتحمل مشقة الحمل ولا مشقة الولادة لأن تكوينهن الفيزيولوجي يبدأ بالضعف.

جدول (28) يبين توزيع الوفيات الأطفال الرضع، حسب مكان الإقامة المتوفى للفترة الدراسية (1995- 1998)

مكان الإقامة / السنوات	ولاية الجزائر	ولايات أخرى	المجموع
1995	45 51.13	43 48.86	88 100
1996	23 67.64	11 32.35	34 100
1997	48 70.58	20 29.41	68 100
1998	25 78.12	07 21.87	32 100
المجموع	141 63.51	81 36.48	222 100

المصدر: يبين الجدول على أساس المعطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا الجزائر.

يبيـــن لنا من خلال الجدول أن من بين الوفيات الأطفال الرضع التي حدثت في المركز الاستشـــفائي الجامعي لمصطفى باشا خلال الفترة (1995-1998م)، تقدر بـــ 63.51% حيـــث مكان إقامة أوليائهم في الولاية الجزائر (الجزائر العاصمة) بالمقابل نجد 36.48% من مجموع الوفيات الرضع أوليائهم يقظون خارج العاصمة أي في الولايات الأخرى في المناطق الحضرية والريفية.

فـــنلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الأولياء المقيمين خارج العاصمة بعيدة نوع ما من نسبة القاطنين في الجزائر العاصمة.

ويرجع ذلك إلى تردد الأولياء الذين يقطنون خارج العاصمة بصفة كبيرة عن المستشفى الجامعـــي لمصـــطفى باشـــا لسمعته الوطنية كونه أول وأقدم مستشفى بني على الصعيد الوطنـــي وكذلك نظرا لتطور الطبي الذي عرفه احتواءه على أجهزة حديثة، وعلى أطباء مختصين معروفين على المستوى الوطني والخارجي، بالرغم من أنا المناطق الأخرى التي يقطنون بها تتوفر على المستشفيات ولها الإمكانيات اللازمة.

فمـــن خلال معاينتنا لملفات الأطفال الرضع (المتوفون) تبين لنا أن هناك إختلاف في مصـــلحة وفـــاة، حيث أننا نلاحظ أن الأولياء القاطنين بالعاصمة 63.41% فإن أولادهم توفـــوا أغلبهم في مصلحة التوليد (Maternité) نسبة 51% أما الأولياء القاطنين خارج العاصـــمة 36.48% فـــإن أولادهـــم يتوفون في مصلحة طب الأطفال (CMI) هذا لأن الحـــالات التي تأتي من خارج العاصمة هي حالات خطيرة تستدعي الأطباء والمختصين ووسائل حديثة وبالتالي يتوجهون إلى المستشفى الجامعي مصطفى باشا.

جدول (29) يبين توزيع الوفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب ووسط الولادة الفترة (1995-1998)

وسط الولادة / سن الأمهات	وسط صحي	البيت	المجموع
19 -15	15 93.75	1 6.25	16 100
24 – 20	35 97.22	1 2.77	36 100
29 – 25	54 100	- -	54 100
34 – 30	58 87.5	2 3.33	60 100
39 – 35	28 87.5	4 12.5	32 100
44 – 40	15 78.94	4 21.05	19 100
49 – 45	3 60.0	2 40.0	5 100
المجموع	208 93.69	14 6.30	222 100

المصدر: بني الجدول على أساس المعطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا.

تبيـــن لنا النتائج أن من بين 222 حالة وفاة للعمر (0-1 سنة) للفترة 1995-1998م هـــناك 208 حالـــة وفـــاة تمـــت ولادتها في مستشفى حكومي وعيادة خاصة، وهذا يمثل 93.69 % مـــن مجمـــوع الوفيات وهذا النتائج تبين ارتفاع نسبة الولادات التي تمت في المستشـــفى أوعـــيادة التولـــيد أي بمتابعة صحية عند الولادة، لأن من الضروري إجراء

الـــولادة فـــي المكان مهيئا طبيا هذا لسلامة الولادة سواء على صحة الأم والطفل لأنه في بعـــض الأحـــيان تخضـــع الأم إلى رعاية الطبية بعد الولادة مباشرة خاصة في الولادات العســـيرة، والولادات المبتسرة، وبالتالي ينصح الأطباء والقابلات بإجراء الولادة في وسط صحي.

ففـــي فئة النساء (الأمهات) (15- 19سنة)، نسبة الولادات التي حدثت في وسط صحي تمـــثل نســـبة مرتفعة حوالي 93.75% مقارنة بالتي تحدث في البيت 6.25% وهذا لأن الأمهـــات صغيرات السن يشهدنا أول مولود فيلجأ إلى الولادة في وسط صحي لأن هؤلاء النســـاء ليســـت لهـــن خبرة الكافية وكذلك الخوف من المخاطر التي تنجم عن الولادة في البيـــت، كذلـــك الأمـــر بالنسبة للنساء في الفئة (45 – 49 سنة)، حيث أن نسبة الولادات تـــرتفع في الوسط الصحي عند هذه الفئة تتمثل 60.0% لأنه في هذا العمر تصبح النساء فـــي المـــرحلة تقريبا متقدمة في السن، وبالتالي يفقدن القوة الكافية لتحمل مخاطر الحمل والولادة، فيلجأن أكثر على غيرهن من النساء إلى المستشفيات.

المبحث الثالث:

جدول (30)يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب ونوعية الولادة للفترة 1995 – 1998.

نوعية الولادة / فئات الأعمار	ولادة عادية	ولادة مبتسرة	ولادة ميتة	المجموع
19 -15	10 62.5	5 31.25	1 6.25	16 100
24– 20	19 52.77	17 47.22	- -	36 100
29 – 25	31 57.40	23 42.59	- -	54 100
34 -30	36 60.0	23 38.33	1 1.66	60 100
39 – 35	19 59.37	11 34.37	2 6.25	32 100
44– 40	11 57.89	08 42.10	- -	19 100
49 - 45	2 40.0	2 40.0	1 20.0	5 100
المجموع	128 57.65	89 40.09	05 02 .25	222 100

المصدر: بني الجدول على أساس معطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا.

يتبين لنا من خلال الجدول أن أغلبية الوفيات الرضع ولادتها عادية حيث تمثل 57.65% من مجموع الوفيات لتأتي الولادات المبتسرة بنسبة 40.09، أما الولادات الميتة فلا تتمثل إلا 2.25%، ولكن لا بد هنا من الإشارة إلى الأخطاء المرتكبة في التسجيل الولادات الميتة، لأنه حسب أحد الأطباء فإن الأغلبية الولادات الميتة لا تسجل بل تصريح بها في الملف الطبي للطفل على أنها وقعت في نفس يوم الولادة، ويسجل عمر المتوفى (0) يوم وهو ما لمسناه أثناء معانتينا للملفات.

فيما يخص الولادات المبتشرة فنجد أنها متذبذبة في بعض الفئات ويعود ارتفاعها كلما ارتفع سـن الأمهات عند الإنجاب، لتمثل الفئة العمرية (15-19 سنة) 6.25% من مجموع الوفيات لـنفس الفـئة وتنخفض إلى 1.66% للفئة العمرية (30 – 34 سنة)، وتعود لارتفاع حتى الفئة العمرية (45- 49 سنة) لتمثل بنسبة 20.0%من مجموع وهذا الارتفاع في الولادات المبتسرة من فئة إلى أخرى راجع إلى :

نجـد انه لدى النساء اللواتي لديهن ولادات أكثر خاصة في الفئات العمرية (30- 35) و(35 –39 سـنة)، يمكن أن تكون الفترة بين الولادة وأخرى قصيرة قد تصل في بعض الأحـيان إلى سنة، وفي بعض الأحيان كثيرة إلى اقل من 24 شهر وبالتالي تكون مخاطر الولادات المتيسرة واردة.

أمـا مخاطـر الحمـل و الوضع فتظهر في الفئة العمرية (35- 49 سنة) حيث تزداد هذه المخاطر كلما تقدمت المرأة في السن وهذا راجع إلى ضعيف البيولوجي، وعدم تحملها أعراض تحملهـا أعراض الحمل وبالتالي يؤثر هذا سلبا على السيرورة الطبيعية للحمل، مما يؤدي إلى عدم اكتمال المدة الحقيقية وهي 9 أشهر.

جدول (31) يبين توزيع وفيات الرضع حسب رتبة المتوفى بين الأخوة خلال الفترة الدراسة (1995-1998).

رتبة الولادة	العدد	النسبة %
2 - 1	125	56.30
4 – 3	59	26.57
6 - 5	21	9.45
8 – 7	08	3.60
9 فأكثر	09	4.05
المجموع	222	100

المصدر: بني الجدول على أساس معطيات المركز الاستشفائي الجامعي، لمصطفى باشا الجزائر.

يبيـن لـنا من خلال الجدول أن الولادات الأولى وخصوصا للرتبة الأولى والثانية هي خاضعة أكثر بنسبة مخاطر الوفاة إذا تمثل 56.30% من مجموع الوفيات، هذه الولادات تخـص فقـط النسـاء الصغيرات اللواتي يلدن في سن مبكر، هذا ما لمسناه أثناء معاينتنا للملفات المتوفين.

فـــالولادات تكون جد حساسة كون النساء صغيرات السن يتعرضن إلى مخاطر الحمل أكـــثر مـــن النســـاء اللواتي لديهن ولادات من قبل ومن جهة أخرى فإن الوفيات الأطفال الرضـــع للرتـــبة (3-4) معتبرة لتمثل لنسبة 26.57 % لتنخفض في الرتبة (9 – 12) لتمثل 4.05 % من مجموع الوفيات.

ويمكـــن تفسير ذلك بأن الوفيات تنخفض مع زيادة رتبة الموجود حتى الرتبة السابعة، وبعدها تأخذ في الارتفاع، ويرجع ذلك إلى أن تكوين الجسماني للنساء التي تلد الأول مرة لا يمكن أن يضمن القوة الحيوية للمولود الأول في نفس درجة المواليد اللاحقة.

ويمكـــن كذلك من انخفاض في الوفيات الأطفال الرضع إذا أخذنا بعين الاعتبار تحسين المستوى المعيشي للأسرة والأم خاصة، واستعمال أكبر للخدمات الصحية وأيضا تخفيض الخصوبة باستعمال وسائل منع الحمل في التنظيم العائلي.

جدول (32) يبين توزيع الوفيات الرضع، حسب سن الأمهات عند الإنجاب ونوعية الرضاعة خلال الفترة الدراسية (1995 – 1998)

نوعية الرضاعة / فئات الأعمار	رضاعة طبيعية	رضاعة اصطناعية	رضاعة مزدوجة	المجموع
19 – 15	6 **40.0**	5 **33.33**	4 **26.66**	15 **100**
24 – 20	18 **50.0**	8 **22.22**	10 **27.77**	36 **100**
29 – 25	27 **50.0**	18 **33.33**	8 **16.66**	54 **100**
34 – 30	31 **52.54**	17 **28.81**	11 **18.64**	59 **100**
39 – 35	21 **70.0**	8 **26.66**	1 **3.33**	30 **100**
44 – 40	12 **63.15**	7 **36.84**	- _	19 **100**
49 – 45	3 **75.0**	1 **25.0**	- _	4 **100**
المجموع	118 **54.37**	64 **29.49**	35 **16.12**	217 **100**

المصدر: بني الجدول على أساس معطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا الجزائر

ملاحظة: يجب الإشارة أن هناك 5حالات للأطفال لم يرضعون وهذا راجع لأنهم ولادات ميتة لدى العينة أصبحت 217 حالة من بين 222.

يتضح من خلال هذا الجدول أن الأمهات يلجأن أكثر إلى استعمال الرضاعة حيث نسبتها بـ 54.37% والرضاعة المزدوجة بنسبة 16.12 %وبالتالي فإن استعمال الرضاعة الطبيعية لوحدها أو مع حليب أخرى (مزدوجة) تمثل في المجموع 70.49%

أي مـــا يمـــثل (7) أطفـــال من عشر تستعمل لهم الرضاعة الطبيعة، أما نسبة الرضاعة الاصـــطناعية فتمـــثل نســـبتها بـــــ29.49% أي (3) أطفال من بين (10) عشر، نسبة الرضـــاعة الطبيعـــية تقترب من النسبة المسطرة من طرف وزارة الصحة والسكان من خـــلال الـــبرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال الرضع[1] ألا أن هذه النسبة المتحصل عليها لا تعكس الوجه الحقيقي للرضاعة الطبيعية في الجزائر .

ففـــي الأســـبـــوع الأول بعـــد الـــولادة، غالبا ما تلجا الأمهات إلى استعمال الرضاعة الطبيعية، أي الرضاعة بالثدي لتغذية أطفالهن ونلاحظ انه عندما تكون الأمهات في العمر 20 – 34 ســـنة، فإنهـــن يســـتعملن أكثر الحليب الطبيعي، مقارنة بنسبة استعمال الحليب الاصطناعي أو الرضاعة المزدوجة.

لتمثل النسبة الرضاعة الطبيعية في هذه الفئات على الترتيب من 50.0 %إلى 52.0% لأن الأمهات في هذا العمر تكون أكثر حيوية وحجم الحليب الطبيعي الذي تقدمه الأمهات يســـد الحاجيات الأطفال الغذائية ولا يكون الطفل بحاجة إلى الحليب الاصطناعي كمكمل للحليب الطبيعـــي، بمقـــابل نجد الرضاعـــة الاصطناعيـــة مرتفعـــة في الفئات العمرية (25 – 29 ســـنة) و (30 – 34 سنة) لتمثل نسبتي 33.81% و26.66% وهذا راجع ربمـــا (إلى خروج الأم إلى العمل) أو ممـــارستها لنشـــاط مهني يجعلها لا تملك الوقت الكافـــي لاستعمـــال الرضاعة الطبيعيـــة بينمـــا أعلى نسبـــة عند الأمهـــات في الفئـــات العمرية (20–24 سنة) اللواتي تستعمل الرضاعة المزدوجة و هذا بنسبة 27.11% وهذا راجـــع ربمـــا لعدم كفاية الحليب الطبيعي للأم، فلدى تلجأ إلى تكملت هذا النقص بالحليب الاصطناعي.

ومـــن خـــلال هذا يتبين لنا أن الأمهات مازلن محافظات على الرضاعة بالثدي مقارنة بالرضاعة الاصطناعية، لأن الرضاعة الطبيعية تمثل أحسن وقاية للصحة الطفل، إلا في بعـــض الحالات أين ينصح الأطباء الأم بعدم الرضاعة بالثدي في الحالة أصابتها ببعض الأمـــراض المزمنة كالسرطان، السل والأمراض المعدية لأنها تؤثر على الطفل وتعرضه للعدوى [2].

---

[1] MSP , UNICEF : Programme de lutte contre la mortalité infantile Juvenile en Algérie, op cit P.5-6.

[2] UNICEF : les carnets de l'enfant , allaitement maternel et sante N° 55 – 56.

الاستنتاجات:

يبين لنا من خلال دراستنا لظاهرة وفيات الأطفال الرضع من خلال المعطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا الجزائر.

- انخفاض الوفيات دون سنة خلال الفترة (1995 – 1998م) حيث بلغ معدل الوفيات سنة 1998م بـ 9.38‰ بعدما كان 29.83 ‰ سنة 1995م. وهذا الانخفاض راجع إلى الاهتمامات، التي توليها الدولة لهاته الفئة العمرية، وذلك بتحسين وتطوير المرافق الصحية الضرورية إضافة إلى تكثيف المجهودات المتعلقة بالرعاية السليمة لتفادي الأمراض الأكثر انتشار، حيث أن التلقيح الوضع الغذائي للطفل يشكلان عنصر أساسيان في مكافحة ظاهرة وفيات الأطفال الرضع.

- يتعرض جنس الذكر للاحتمالات وفاة تزيد بصورة ملحوظة عن الاحتمالات التي تتعرض لها جنس الأنثى وذلك من خلال جميع السنوات الملحوظة، والتي تعود إلى عوامل بيولوجية بحتة.

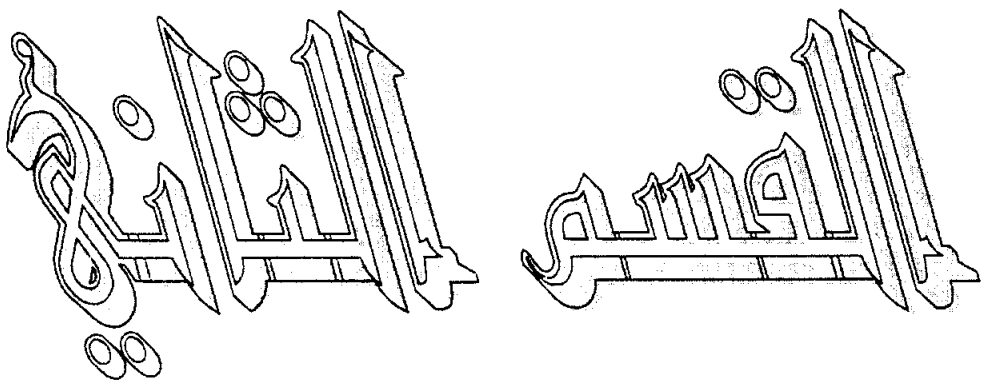
- تتخلف وفيات الأطفال الرضع، باختلاف العمر حيث نجد وفيات المواليد الجدد (0-28 يوم) معتبرة مقارنة ما بعد المواليد الجدد (29 – 364 يوم) في كل السنوات المدروسة، ذلك يعود إلى ضعف مقاومة الرضع ضد الأمراض الفتاكة خاصة في أيامه الأولى ويعود السبب كذلك إلى عوامل المتعلقة بالحمل والرضع وصحة الأم.

- تتأثر معدلات وفيات الرضع بسن الأم عند الإنجاب ، وهذا التأثير يرجع إلى بعض العوامل الاجتماعية والاقتصادية خاصة النساء في فئات الأعمار (20 - 24 سنة) إلى غاية (35 - 39 سنة). إلى جانب العوامل الفيزيولوجية التي تؤثر على النساء الحوامل في سن (15-19 سنة) و(40- 44 سنة) ،(45-49 سنة) وبالتالي يؤثر سلبا على حياة وصحة الرضع، بحيث تبين أنه كلما كانت الأم كبيرة في سن كلما اكتسبت خبرة في تربية ورعاية الرضع، وإذا كانت صغيرة فهذا يفقدهن خبرة في الوضع والتربية.

- تربط وفيات الأطفال الرضع في الشهر الأول بمجموعة من الأمراض المتعلقة بالحمل والوضع، إذ تعتبر الولادة المبكرة، والتشوهات الخلفية من الأمراض الرئيسية التي سبقت وفاة الطفل الرضيع ، بينما وفيات فئات العمرية (29-364 يوم) فهي مرتبطة بمجموع الأمراض المتعلقة بالعدوى والعدوى التنفسية.

- معظـــم الـــولادات تمت في وسط صحي مهيئا ب 93.69 وفي البيت بـــ 6.30 % فالتالـــي يجـــب أن تـــتم الـــولادات في وسط صحي مهيأ للإ جتناب تعرض الطفل والأم للمخاطر الحمل والوضع.

- كمـــا أن للخصـــوبة المرتفعة عند الأمهات تؤثر في وفيات الأطفال الرضع وتعتبر الرضـــاعة الطبيعـــية مـــن أهم العوامل التي تحافظ على صحة الرضع خاصة في الأيام الأولى بعد الولادة .



نتائج البحث الميداني و مناقشتها

الفصل الأول

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

الفصل الأول الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

المبحث الأول : *تحديد أدوات الدراسة ومكان البحث*

- مجالات البشرية والجغرافية والزمنية
- عينة البحث
- أدوات الدراسة
- تكوين الجداول ومعالجتها

المبحث الثاني : *الخصائص العامة للحالات المدروسة*

- *تصنيف المبحوثات حسب المستوى التعليمي*
- *تصنيف المبحوثات حسب النشاط المهني*
- *تصنيف المبحوثات حسب سنهم عند الإنجاب*
- *تصنيف المبحوثات حسب النشاط المهني للأزواج*
- *تصنيف المبحوثات حسب حالتهم المدنية*
- *تصنيف المبحوثات حسب مستوى التعليمي للأزواج*
- *تصنيف المبحوثات حسب نوع السكن*

المبحث الأول : تحديد أدوات الدراسة و مكان البحث ومجالاته البحث .

1- المجال البشري:

في بداية الأمر كنا نرغب في الإتصال مباشرة مع الأسر وذلك من خلال العنوانين الموجودة في الملفات الأطفال المتوفين، لأن نوع الدراسة يتطلب ذلك، وهذا من أجل تقديم الإستمارة وطرح الأسئلة على الأسر فيما يخص الوفاة.

للأسف لم نتمكن من تحقيق ذلك، واكتفينا بالاستخدام الإستمارة الاستبيان والانتظار حدوث وفاة الرضيع ثم نتقدم إلى الأمهات وتقدم لها الإستمارة المقابلة اللاتي يحضرن إلى المستشفى من أجل الولادة أو العلاج الطفل الرضيع.

إن السبب الوحيد الذي جعلنا نختار الأم دون الأب من جهة هو أنه من الملاحظ والمؤكد أن الأم تعتبر مصدر حياة الطفل من حيث العناية به، ومن جهة الأخر غياب الأب في المستشفى.

ومنه اتجهت عينة البحث إلى فئة الأمهات اللاتي يتراوح أعمارهن من 15 إلى 45 سنة بمعنى الأمهات اللاتي في سن الإنجاب، وينجبن فعلا وحدث لديهن وفاة الرضيع في المستشفى.

2- المجال الجغرافي:

أجرى البحث الميداني في المستشفى الوسط الجامعي لـ : مصطفى باشا الجزائر (أنظر إلى الخريطة في الملحق) في مصلحة طب الأطفال ومصلحة التوليد وأمراض النساء. ويعتبر هذا القطاع من أول القطاعات الصحية والعمومية على المستوى الوطني، حيث تم تشيده في عام 1957 ويتربع على مساحة 15 هكتار و25 آر.

عند إنشاءه كان عبارة عن معهد للعلوم الطبية، وفي عام 1971م أصبح عبارة عـن مركـز استشـفائي جامعي بمرسوم 71-289 [1] وفي إطار سياسة الدولة الخاصـة بمـيدان الصـحة، حيث أصبح يهتم بالمعالجة والتكوين الطبي و الشبه الطبي.

ويتمـيز هـذا القطـاع بمعالجة سكان بلدية سيدي أمحمد والبلديات المجاورة، وهناك أيضا القادمين من جميع أنحاء الوطن.

وبمـا أن موضـوع بحثـنا متعلق بوفيات الأطفال (0-1) سنة، فإن اهتمامنا سينصـب حول المصالح الخاصة بالأطفال الرضع ومصلحة التوليد، وانطلاقا من سـنة 1992م أصـبحت مصـلحة أمراض النساء والتوليد عبارة عن مصلحتين، الأولى خاصة بالتوليد والثانية خاصة بالأمراض النساء وينصب بحثنا في المصالح التالية:

1- ***عـيـادة طب الأطفـال***: « CLimique médical et infantile » ومقسمة إلى 6 قاعات أو أقسام « service »

- قسم Gillot خاص بالعمر 0 – 1 سنة
- قسم Parrot خاص بالعمر 0 -1 سنة
- قسم Marfan خاص بالعمر 0 – 1 سنة
- قسم Gomby خاص بالعمر 1 – 4 سنوات
- قسم Ithunel خاص بالعمر 6 – 15 سنة إناث
- قسم Gonchy خاص بالعمر 6 – 15 ذكور.

2- مصلحة التوليد maternité وتهتم بالمواليد الجدد.

كمـا أجـرى البحث الميداني كذلك في المستشفى الغرب الجامعي لبني مسوس الجزائر في مصلحتي طب الأطفال والتوليد وأمراض النساء.

إنشاء هذا القطاع سنة 1971م في إطار ساسة الدولة في ميدان الصحة وتعتبر حالـيا مستشـفى بنـي مسوس مركز من بين المراكز الخمسة التي تكون التجمع

---

[1] Secrétariat d'état au plan : Répertoire national des Archives Bibliothéque et Organisme de documentation , Alger . Janvier , 1977 . p 146.

الإستشـــفائي لغـــرب مديـــنة الجزائر، وهي بولوعين، بئرطرارية، بن عكنون، زرالـــدة، وعـــيادة الدكتور رحمون جيلالي، ويعتبر بني مسوس مقر لهذا التجمع حســـب المرسوم 86-25 المؤرخ في 11 فبراير 1986م، والذي يحدد إنشاء كل مركز الإستشفائي جامعي له مقره، ومستقلاته المادية [1]

وتعتـــبر منطقة بني مسوس منطقة نصف ريفية، أين توجد فيها ظاهرة التحضر السريع، وأين نجد من جهة أخرى عدة بيوت قصديرية.

إن ســـبب اختـــيارنا لهذان المركزان دون غيرهما من المراكز المتواجدة على مستوى ولاية الجزائر.

بالنســـبة لمركز الإستشفائي الجامعي لمصطفى باشا، كون أول وأقدم مستشفى علـــى الصعيد الوطني، نظرا لموقعه الإستراتيجي بالنسبة لنا كباحثين حيث يشمل لـــنا التـــنقل وكذلـــك بالنسبة للوافدين إليه لكونه يقع في منطقة حضارية في قلب العاصـــمة كمـــا يتوافد المرضى عليه من جميع أنحاء القطر، نظرا للتطور الطبي الـــذي عـــرفه لاحـــتواه على أجهزة حديثة، وعلى أطباء مختصين معروفين على المستوى الوطني والخارجي كما وجدت دراسات عدة على مستوى طب (دكتوراه) والمـــتعلقة بصـــحة الطفـــل ومن أبرز الباحثين الذين اهتموا بهذا الموضوع نجد الدكتور لبان جميل، الدكتور عبد الحميد المفود.....

ومن جهة أخرى اضطر إلى استخدام المركز الإستشفائي الجامعي لبني مسوس الجزائـــر للـــنقص حالة وفاة الرضع، ورفض بعض الأمهات من ملئ الاستمارة وأجرى المقابلات معهن إلى جانب عدم المبالات العاملات في المصلحة التوليد في مركز الإستشفائي الجامعي لـــ مصطفى باشا.

وتـــم اختـــيار المستشـــفى بني مسوس دون غيره من المراكز المتواجدة على المســـتوى الوطنـــي لوجـــود عدة دراسات في الطب وكذا في علم الاجتماع على مستوى ماجستير، ومن أبرز الباحثين الذين اهتموا بهذا الموضوع (وفيات الأطفال الرضـــع) نجـــد البروفيســـور " Grongaud " الدكتور عمران، الدكتور مازوني والباحثة آسيا شريف في علم الاجتماع.

---

[1] آسيا شريف : دور الأم في مواجهة الإسهال، رسالة ماجستير معهد علم الاجتماع جامعة الجزائر 1997 ص 28.

3- المجال الزمني :

بعد قيامنا بالبحث الإستطلاعي، والذي دام أسبوع كامل من 20ـ28 جوان 1999م بدأ التحقيق النهائي في بداية شهر جويلية لعام 1999م وانتهى في شهر ماي للسنة 2000م في المركز الإستشفائي الجامعي لـ مصطفى باشا وخلال هذه المدة تم معاينتها ودراسة 222 ملف طبي لمتوفين الرضع واستجواب 41 مبحوثة.

أما بالنسبة لمركز الإستشفائي الجامعي لبني مسوس فالتحقيق بدأ في شهر جانفي 2000م وانتهى في شهر ماي 2000م وتم استجواب 35 مبحوثة.

وكان ذهبنا إلى المركزين 4 أيام في الأسبوع وباقي الأيام يقوم بالمهمة الاستجواب رئيس القسم المصلحة والقابلات عند وجود الحالات.

وكنا نود لو تستمر عملية التحقيق حتى نصل إلى 100 حالة ولكن لنهاية العقد والرخصة، ولربح الوقت على الأقل من جهة أخرى.

عينة البحث :

من الأهداف التي ترمي إليها البحوث العلمية أولا وقبل كل شيء وصف طبيعة الجهود المدروس الذي قد يكون جماعة طبقة معينة، متغيرات مفاهيم أو ظواهر فعلية المعاينة هي اختيار جزء من مجموعة المادة بحيث يمثل هذا الجزء المجموعة كلها،ولكي نحكم على الكل باستخدام الجزء وجب أن نهتم بالطريقة التي نختار بها ونستخدمه في الحكم على الكل يسمى العينة، فيعرفها محمد عبد الحميد بأنها " جزء من المجتمع الكلي يود تحديد سماته المتمثلة بنسبة مئوية يتم حسابها طبقا للمعايير الإحصائية وطبيعة مشكلة البحث مصادر بياناته " .[1]

ويقصد كذلك بالعينة إختيار مجموعة الأشخاص من مجموع البحث والعينة المختارة يجب أن تكون ممثلة له في مزايا الديموغرافية والاجتماعية والحضرية والفكرية [2] فتكون طريقة المعاينة التي نستخدمها قادرة على أن تمدنا بعينة ممثلة « Représentative » للمجتمع الكلي أصدق تمثيل حتى أن كل خواص المجتمع بما

---

[1] محمد عبد الحميد : تحليل في البحوث الإعلام، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، 1979 ص 91.

[2] محمد الحسن إحسان : الأسس العلمية لمناهج البحث العلمي ، دار الطليعة بيروت . 1986 ، ص 19.

فـيها من اختلاف في وحداته تنعكس في العينة بأحسن ما يسمح به صحيح العينة ومعالجة المزالق التي تواجهنا عند استخدمها كجزء رئيسي في تقنيات البحث.

لقـد تعـددت طـرق اختيار المتاحة لنا، وبالتالي فإن عينة البحث تدخل ضمن العيـنة القصدية التي تقوم على إختيار القصدي من قبل الباحث للمبحوثين إستناءا إلى أهداف البحث للمجتمع الكلي بإختلافاته وتنوعه [1].

ويقدر على أفراد العينة موضوع الدراسة بـ 76 مبحوثة مع أخذ يعين الاعتبار مكـان الوفـاة الرضـيع، فوجدنا، 41 حالة وفـاة في المستشفى الجامعي لـ مصطفى باشا و35 حالة وفاة في غرب بني مسوس الجزائر، وذلك في مصلحتي طـب الأطفـال ومصـلحة التوليد وأمراض النساء، وسبب إختيار هذه العينة من النساء (الأمهات) كونهن فقدت طفليها الرضع (أقل من ستة)، وبعد تفريغ البنايات الإحصـائية فـي الجـداول وجدنـا أن الأمهات اللواتي فقد أطفالهن الرضع في المستشفى يتوزعون كالآتي .

-41 مبحوثة في المستشفى الجامعي لـ مصطفى باشا أي بنسبة 53,94 %.

-35 مبحوثة في المستشفى الجامعي لبني مسوس أي بنسبة 40,05 %.

أدوات الدراسة :

تبعا للأسلوب المستخدم في بحثنا لتجميع فقد إعتمدنا على الإستبيان الاستقصاء أو " Questionnaire" هـو أسلوب جمع البيانات الذي يستهدف إستشارة الأفراد المبحوثيـن بطريقة منهجية ومقنعة لتقديم حقائق أو آراء وأفكار معينة دون تدخل من الباحث في التقرير الذاتي للمبحوثين في هذه البيانات.

ويعتـبر الاستقصاء من أكثر الوسائل أو أدوات جمع البيانات شيوعا واستخداما في أسلوب المسح وذلك لإمكانية استخدامه في جمع المعلومات المتعلقة بالموضوع المتناول من عدد كبير من المبحوثين.

---

[1] راكي أحمد عزمي : الأسلوب الإحصائي و استخداماته في رأي العام للإعلام دار الفكر العربي ط1 ، ص 142.

واختيارنا لهذه الوسيلة، لم يكن عشوائيا، بل أنه راجع لكونها تمكن الباحث من الحصـــول على أكبر قدر ممكن من المعطيات والمعلومات التي تساعده في بحثه، ويعرف "سمير محمد حسين" الإستقصاء على أنه "هو أحد الأساليب الأساسية التي تســتخدم في جمع البيانات الأولية من العينة المختارة أو من جميع مفردات مجتمع البحث عن طريق توجيه مجموعة من الأسئلة المحددة و المعدة مقدما"[1].

يهدف الاستبيان في دراستنا هذه إلى معرفة الخصائص الإجتماعية والإقتصادية والديموغرافية التي تؤثر وفيات الأطفال الرضع ويعتمد الإستقصاء على إستمارة الإستقصـــاء Questionnaire فـــي جمع المعلومات هي عبارة عن شكل مطبوع يحـــتوي علـــى مجموعة من الأسئلة الموجهة إلى عينة من الأفراد حول موضوع الدراسة [2].

ويعـــرف الاستبيان " على أنه مجموعة من الأسئلة المتنوعة والمرتبطة ببعضها الـــبعض الأخـــر يشكل بتحقيق الهدف أو الأهداف التي يسعى إليها الباحث بضوء الموضوع والمشكلة التي اختارها لبحثه ..." .

كمـــــا استخدمنا فـــي هذا البحث طريقة المقابلة خاصة مع الأفراد المختصين في الميدان (الأطباء...) والأمهات المبحوثات، كي تسهل عليهم فهم الأسئلة التي قد يتسر بعض منها فهمنا وخاصة منها ذوي المستوى المحدود.

فتعتـــبر المقابلـــة مـــن الأدوات الرئيســـية في جمع البيانات في دراسة الأفراد والجماعـــات الإنســـانية، وهـــي أكثر الوسائل شيوعا في الحصول على البيانات الضرورية، تقوم على إعطاء معلومات شفويا في علاقة شفوية في علاقة مواجهة أي تـــبادل لفظـــي بيـــن شخصـــين أو أكثر عن طريق أسئلة بقصد الوصول إلى معلومـــات معيـــنة مع الاهتمام بمعنى الألفاظ واستجابات المبحوث وكانت الأسئلة المقابلة متنوعة منها:

---

[1] سمير محمد حسين : بحوث الإعلام أسس و مبادئ ، عالم الكتب ، القاهرة 1983، ص 206.

[2] محمد عبد الحميد : تحليل المحتوى : تحليل المحتوى في بحوث الإعلام ، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر 1979 ص 91.

أ. أسـئلة المغلقة: هي الأسئلة التي تعتمد على فئات تساعد على تقديم إجابات محـددة مسبقا التي تعتبر البدائل والخيارات التي يختار منها الباحث ما تنطبق مع ما يرمي إليه.

ب. أسـئلة المفـتوحة: وهي الأسئلة التي تعطى للمبحوث بالإجابة عليها كما يشاء أي ذات الإجابات الحرة وهي أسئلة تعطى حرية كاملة للمفحوص في الإجابة ثم يتم فيها بعد تصنيفها وثبوتها من قبل الباحث.

ج. أسـئلة مفتوحة مغلقة: يعتبر هذا النوع من الأسئلة من الأشكال الوسيطية بين الأسئلة المفتوحة والأسئلة المغلقة.

وهو اقتراح مجموعة من الأجوبة يضعها الباحث ويترك للمبحوث حرية له.

الاختـيار وحـرية الإجابـة أيضا، ويمكن أن تكون الأسئلة مفتوحة أو مغلقة، ويسـمى هـذا النوع من الأسئلة بـ « Questions semi Ouvertes ou Question semi Fermées ».

وصف الاستبيان :

يتضـمن الاستبيان على 34 أسئلة موزعة على (3) ثلاثة محاور رئيسية التي تشكل بدورها مراحل عملية لإقتناع (أنظر الإسبيان في الملحق).

1- محـور المعلومـات المعرفية ذو خصائص الإجتماعية، ويهدف إلى قياس تأثير العوامل الإجتماعية على الوفيات الأطفال الرضع.

2-محـور يرتكز على الخصائص الإقتصادية، ويهدف إلى قياس تأثير العوامل الإقتصادية على الوفيات الأطفال الرضع.

3-محـور يرتكز على الخصائص الديموغرافية، ويهدف هو الآخر إلى قياس تأثير العوامل الديموغرافية على الوفيات الأطفال الرضع.

مكان إجراء إستمارة المقابلة :

تـم إجـراء اسـتمارة المقـابلات مع الأمهات اللواتي أحضرنا إلى المستشفى لمصـلحة التولـيد للوضـع (الولادة) واللامهات اللواتي يوجدهن مع أطفالهن في مصـلحة طب الأطفال للعلاج بالإستمارة المقابلة، أجريت في المستشفى الجامعي لـ مصطفى باشا، الجزائر، (مصلحة طب الأطفال، مصلحة التوليد) والمستشفى الجامعي لبني مسوس وذلك في مصلحة التوليد وأمراض النساء، وطب الأطفال.

تكوين الجداول ومعالجتها إحصائيا :

1- المتوسط الحسابي:

يعتـبـر المتوسـط الحسابي من أبرز مقاييس النزعـة المركزيـة والأكثر إستخداما.

وتكـون عملية حساب المتوسـط الحسابي إما بطريقة البيانات غير المبّوبة أو البـيانات المـبّوبة، وتكون هذه الأخيرة في شكل جدول تكراري، وفي هذه الحالة نستعمل القانون الأتي : [1].

$$ش = \frac{مجـ\ م - ك}{مجـ\ ك}$$

حيث : م = مراكز الفئات.

ك = التكرارات.

(1) الكندري عبد الرحمن رمضان : مبادئ الإحصاء و أساليب التحليل الإحصائي : منشورات ذات السلاسل ، ط1 ، الكويت ، 1985 ص 97 .

2- الانحراف المعياري :

يعتـــبر مـــن أهم معايير التشتت، والهدف من استخدام الانحراف المعياري هو معرفة مدى تباعد وتناثر القيم حول متوسطيها الحسابي [1].

ويمكن حساب الانحراف المعياري بالطريقة الآتية :

$$ع = \sqrt{\frac{1 \text{ مجـ} (ص - صَ)^2}{ن}}$$

3- المـنـــــــوال :

لحساب المنوال نتبع الخطوات التالية :

1- تحديـــد الفئة المنوالية وهي الفئة التي تقابل الأكبر تكراري في حالة طول فئة ثابت و الأكبر تكرار معدل تكرار معدل في حالة عدم ثبات طول الفئة.

2- وضع المدرج التكراري.

3- استخراج علاقة المنوال من المدرج التكراري والعلاقة الأكثر استعمالا هي علاقة الفردية أو علاقة « Pearson ».

وفي هذه الحالة نستعمل القانون كالآتي :[2]

$$Mo = L + \frac{di}{d1 + d2} \times 1$$

Mo = المنوال.

D1 = الفرق بين تكرار الفئة المنوالية وتكرار ما قبل المنوالية.

D2 =الفرق بين تكرار الفئة المنوالية وتكرارها بعد الفئة المنوالية.

Di = الفرق بين تكرار ما بين الفئة المنوالية وتكرارها ما قبل الفئة المنوالية.

---

[1] إحسان محمد الحسن : الأسس العلمية لمناهج البحث الإجتماعية ، دار الطليعة للطباعة و النشر ، بيروت 1982 ص 128 .

[2] Yadolah dodge:statistique dictionnaire encyclopédique édition DUNOD . Paris . 1993 . P 37

I = طول الفئة.

L = الحد الذاتي للفئة المنوالية.

4- إختيار كا التربيع لبرسون :

إن الهدف من وضع هذا الإختيار هو المقارنة بين النتائج التجريبية التي حصل عليها الباحث والنتائج النظرية (المتوقعة) ويعتمد هذا الإختيار على:

تربـــيع الفروق التكرارية التجريبية أو الفروق التكرارية النظرية، ثم تقسيم هذه المربعات على التكرارات النظرية وأخيرا تجمع نتائج قسمة التكرارات المختلفة.

وتعطى القيمة المحسوبة كا2 بالعلاقة الآتية :[1]

$$\text{كا}^2 = \frac{\text{مجـ} \ (\text{ك} - \text{كَ})^2}{\text{كَ}}$$

حيث كا2 = إختيار كا2

ك = التكرارات التجريبية

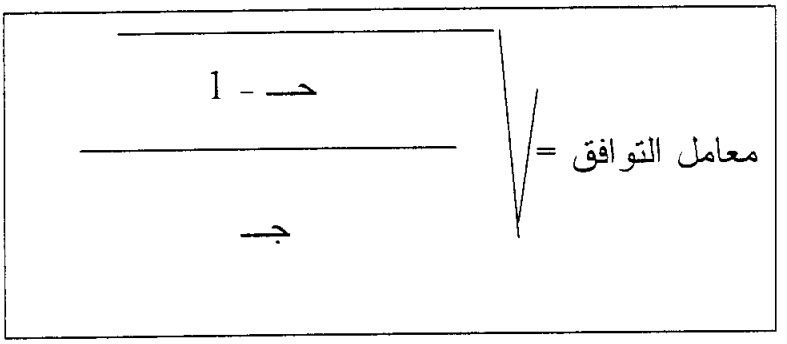
كَ = التكرارات النظرية

$$\text{التكرارات المتوقع} = \text{كَ} = \frac{\text{مجموع الصف} + \text{مجموع العمود}}{\text{المجموع الكلي}}$$

[1] إحسان محمد الحسن : الأسس العلمية لمناهج البحث الإجتماعي ، المرجع السابق ص . 130

5- معامل التوافق:

هـــناك بعـــض الظواهر لا يمكن قياسها و وزنها أو التعبير عنها بشكل رقمي وبالتالـــي لقـــد وضع " بيرسون" معامل التوافق وذلك من أجل قياس العلاقات بين الصفات غير المقاسمة والمتمثلة في:



ولتطبـــيق هذا القانون تبوب البيانات الخاصة بالطاهرتين في الجدول مزدوج تم نربع كل تكرار في الجدول ونقسمه على حاصل ضرب تكرار الكلي العمودي في التكرار الكلي الأفقي [1].

[1] محمد سيد أحمد غريب : الإحصاء القياس في البحث الإجتماعي ، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية 1991 ص 242 .

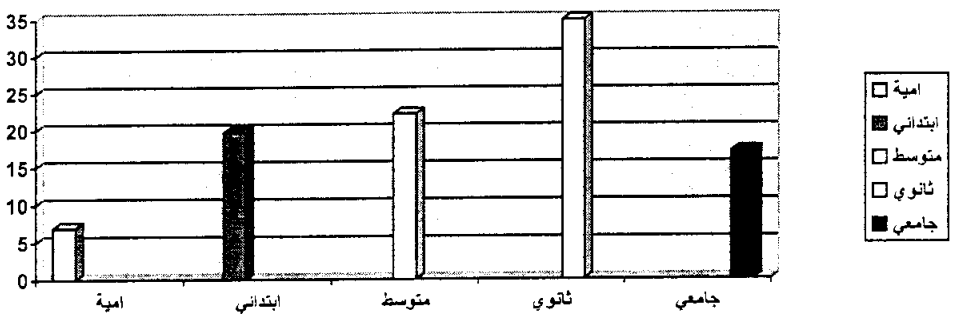
المبحث الثاني: الخصائص العامة للحالات المدروسة

في البداية يتجلى لنا من خلال الجدول الأول والشكل الأول أن الفئة الأولى من المستجوبات وهي التي لم تلتحق بالمدرسة إذ تنتمي إلى هذه المجموعة كل الأمهات واللاتي لم تعرفن القراءة ولا الكتابة واللاتي تمثل نسبة 6,94% أما المجموعة الثانية اللاتي التحق بالمدرسة لهن مستويات تعليمية مختلفة هناك من توقفن الدراسة في الابتدائي، الجدول التالي يمثل:

الجدول رقم (33) توزيع الأمهات حسب مستواهن التعليمي.

عدد الحالات / المستوى التعليمي	التكرارات	النسبة %
أمية	6	6,94
تقرأ وتكتب	-	-
ابتدائي	15	19,73
متوسط (إعدادي)	17	22,23
ثانوي	25	34,89
جامعي	13	17,10
المجموع العام	76	100

شكل رقم (02) يبين توزيع الأمهات المبحوثات حسب مستواهن التعليمي



بنسبة المقدرة بـ 19,73%، ترتفع عند الأمهات اللاتي لديهن مستوى متوسط بـ 22,23 % وترتفع أكثر بالنسبة للأمهات اللاتي لديهن مستوى ثانوي بـ 34,89 % والجامعي 17,10%.

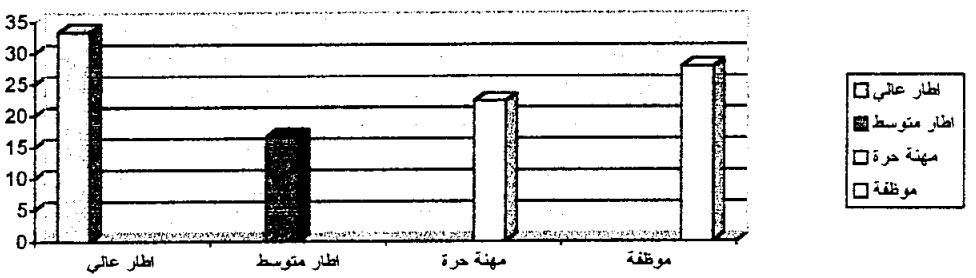
نستنتج من خلال هذا الجدول أن أغلبية الأمهات ذوي المستوى الثانوي.

فيما يخص الحالة المهنية (الفردية) للأمهات المستجوبات من بين 76 أمًا هناك 18 أما تعمل وذلك بنسبة 23,68%، والبقية من الأمهات بدون عامل وذلك بنسبة 76,31% (58 أم من بين 76) والجدول التالي يوضح لنا نوع المهنة الممارسة للأمهات العائلات.

الجدول رقم (34) توزيع الأمهات حسب مستواهن المهني.

المهنة	التكرار	النسبة %
إطار عالي	6	33,33
إطار متوسط	3	16,66
مهنة حرة	4	22,22
موظفة	5	27,77
المجموع	18	100

شكل رقم (3) يمثل توزيع الأمهات المبحوثات حسب مستواهن المهني



-***إطار عالي :*** طبيبة، مهندسة، أستاذة جامعية، صحفية.

-***إطار متوسط :*** أستاذة بالثانوية، قابلة، تقنية سامية.

-***مهنة حرة :*** خياطة، حلاقة.

-***موظفة :*** كاتبة، محاسبة، عون إدارية،.....

كمـــا نلاحظ من خلال الجدول والشكل أن أغلبية الأمهات العائلات تتواجدن في إطـــــــار العالي بنسبة 33,33% وتمثلت نسبة اللاتي يمارسن المهنة الحرة بـــ 22,22%، وإطار متوســـط بنسبة 16,66%، أما الموظفات فتمثلنا بـــ 27,77%.

الجدول رقم (35) توزيع المبحوثات حسب مستواهم و حالتهم المدنية.

الحالة المدنية	التكرارات	النسبة %
أم عازبة	-	-
متزوجة	**74**	**97,36**
مطلقة	**2**	**2,63**
منفصلة	-	-
المجموع	**76**	**100**

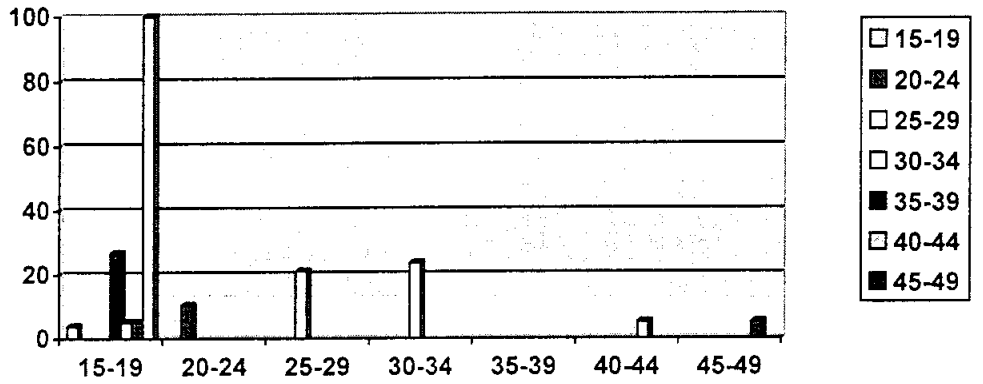
يوضـــح لنا الجـــدول أن أغلبيـــة الأمهـــات المبحوثات متزوجات وذلك بنسبة 97,36%، وتمـــثل نســـبة الأمهـــات المطلقـــات بـــ 2,63% أما نسبة الأمهات العازبات غير موجودات ضمن العينة ولا يدخلنا ضمن العينة.

إن أغلبـــية الأمهات المبحوثات يترواح سنهن ما بين 25 ـ 29 بنسبة 35,0% وتلـــيها بنســـبة 27,6% مـــن الأمهات اللاتي ينتمين إلى فئة سنة 30-34 سنة، وأصـــغر مســـتجوبة لهـــا بالضبط 18 سنة، وتمثل بنسبة 0,5% وهذا ما يوضح الشـــكل الثانـــي وبعملية صيانة بسيطة نجد متوسط عمر المبحوثات مقدر بـــ 32 سنة، وبانحراف معياري مساو بـــ 7,02.

الجدول رقم (36) توزيع الأمهات حسب السن عند الإنجاب.

سن الأمهات عند الإنجاب	التكرارات	النسبة %
19 - 15	3	3,94
24 - 20	8	10,52
29 - 25	17	21,05
34 - 30	18	23,68
39 - 35	22	26,94
44 - 40	4	5,26
49 - 45	4	5,26
المجموع	76	100

الشكل رقم (04) يمثل توزيع الأمهات حسب السن عند الإنجاب

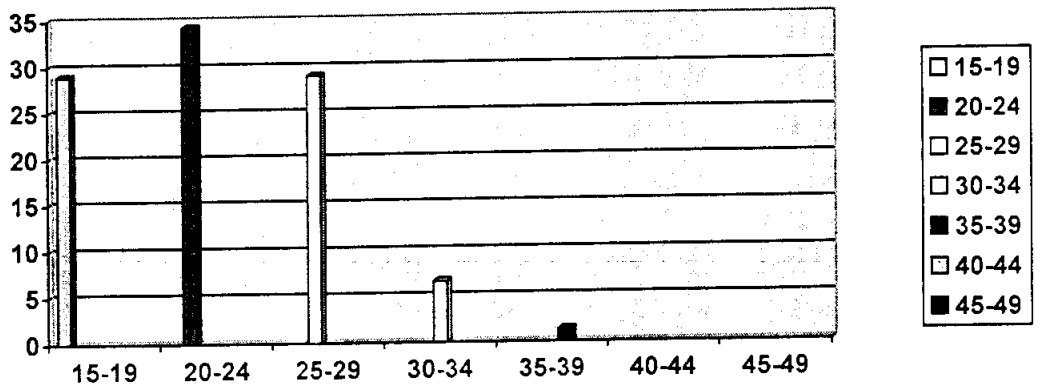


أمـــا بالنسبة لعدد الأطفال لدى المبحوثات اتضح أن أكثر من نصفهن لديهن ما بيـــن 1 ـ 2 طفـــل بنســـبة تقـــدر 51,3 %، وما بين 3 – 4 أطفال بنسبة مقدرة بـــــ 30.25 % مـــن المـــبحوثات لديهن ما بين 5 – 10، وهناك مستجوبة لديها 12 طفل بالضبط 1,31 %، وهذا ما يبرزه الشكل (4).

الجدول رقم (37) يوضح لنا توزيع الأمهات حسب سن الزواج.

فئات سن الزواج	التكرارات	النسبة %
19 - 15	22	28,94
24 - 20	26	34,21
29 - 25	22	28,94
34 - 30	5	6,57
39 - 35	1	1,31
44 - 40	-	-
49 - 45	-	-
مجموع	76	100

الشكل رقم (05) يمثل توزيع الأمهات حسب السن عند الزواج



يتضـــح لنا من خلال الشكل رقم (5) أن أغلبيتهن تزوجن وهن صغيرات في الســـن الـــزواج، حيث نلاحظ من خلال الجدول الذي يبين أيدينا أن أكبر تكرار يقابلـــه فـــئة 20-24 سنة بنسبة 34,21 تلقيها بنسبة 28,94 من الأمهات تزوجن وعمرهن يتزواح ما بين 15 - 19 سنة، و 25 - 29 سنة وأدى نسبة هي 1,31 % من الأمهات اللاتي تزوجن في سن متأخر.

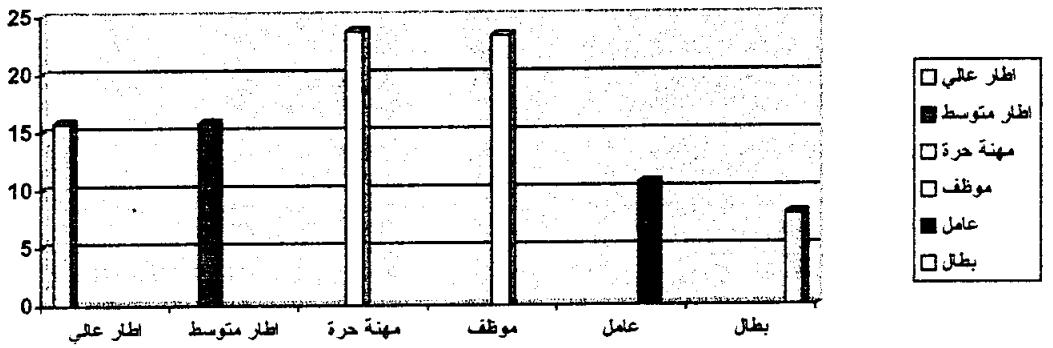
ويقـــدر متوســـط سن الزواج لدى المبحوثات بحوالي 17 سنة وانحراف المعياري مقداره 8,06%.

الجدول التالي يوضح مهنة الأزواج.

الجدول رقم (38) توزيع الأزواج حسب مهنتهم.

المهنة	التكرار	النسبة %
إطار عال	12	15,78
إطار متوسط	12	15,78
مهنة حرة	18	23,68
موظف	20	26,31
عامل	8	10,52
بطال	6	7,89
المجموع	76	100

الشكل رقم (6) يبين توزيع الأزواج حسب مهنتهم



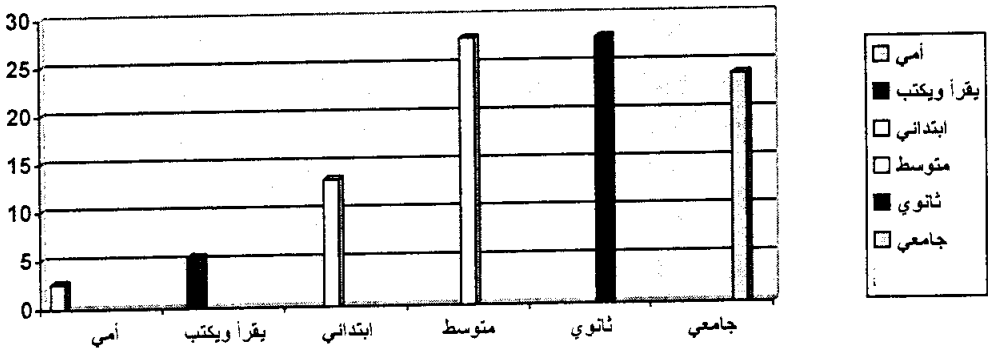
يوضح لنا الشكل (06) أن أغلبية الأزواج موظفون في الشركات الوطنية وذلك بنسبة 26,31 % ومنهم من يمارس مهنة حرة وقدر بنسبة 23,68 % و15,78% منهم إطار عالي ونسبة نفسها للإطار المتوسط كما نشير من بين 76 الأزواج يوجد 6 بطالين، منهم المسرحين من الشركات الوطنية.

والجدول التالي يوضح المستوى للأزواج.

الجدول رقم (39) توزيع الأزواج حسب مستواهم التعليمي.

المهنة	التكرارات	النسبة %
أمي	2	2,63
يقرأ ويكتب	4	5,26
إبتدائي	10	13,15
متوسط إعدادي	21	27,63
ثانوي	21	27,63
عالي	18	23,68
المجموع	76	100

الشكل رقم (07) يمثل توزيع الأزواج حسب المستوى التعليمي



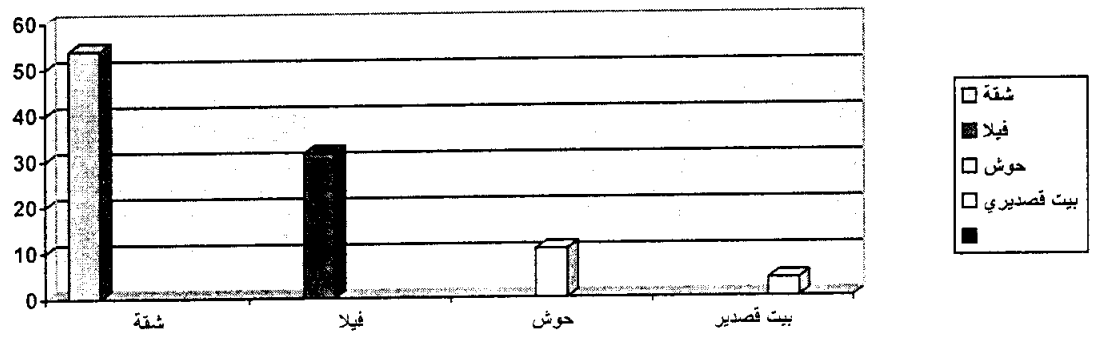
يتحلى لنا من خلال الجدول (39) و الشكل رقم (07) أن الفئة الأولى من الأزواج وهي التي لم تلتحق بالمدرسة إطلاقا، إذ ينمي إلى هذه المجموعة الأزواج الذين لا يعرفون القراءة بنسبة 2,63، و 5,26 % من الأزواج الذين يعرفون القراءة والكتابة، أما الفئة أو المجموعة الثانية لهم مستوى التعليمي مختلف هناك من توقفوا الدراسة في الابتدائي بنسبة المقدرة بـ 13,15 % ، ثم ترتفع هذه النسبة عند الأزواج الذين لهم مستوى متوسط بـ 27,63 % ونسبة نفسها مستوى الثانوي أما المستوى الجامعي والعالي فنجد تتمثل نسبة بـ 23,68 %.

فيما يخص ظروف السكن، أبرزت نتائج البحث أن أغلبية الأسر التي توفي لها طفل الرضيع تسكن في شقة بنسبة 53,94 بالمائة، وقدرت نسبة الأسر التي تعيش في بيوت نوع الفيلات بـ 31,57 بالمائة وفي منزل (وبه حوش) بنسبة 10,52% بينما تسكن بقية الأسر في البيوت القصديرية بـ 3,94 % بالمائة وللإشارة قدر متوسط مدة الإسكان أو السكن في تلك البيوت بحوالي 4 – 9 سنة.

الجدول رقم (40) يبين توزيع الأسر حسب نوع السكن :

نوع السكن	التكرارات	النسبة %
شقة	**41**	**53,94**
فيلا	**24**	**31,57**
حوش	**8**	**10,52**
بيت قصديري	**3**	**3,94**
المجموع	**76**	**100**

الشكل رقم (08) يمثل توزيع الأسر حسب نوع السكن



كما قدر متوسط الغرف بـ 3,31 غرفة، متوسط عدد الأشخاص في المسكن بـ 6,8 أشخاص. [1]

[1] أنظر الطريقة حساب المتوسط الحسابي في ص 138 .

الفصل الثاني

العوامل الاجتماعية الاقتصادية والديمغرافية المؤثرة في وفيات الأطفال الرضع

الفصل الثاني: العوامل الاجتماعية الاقتصادية و الديمغرافية المؤثرة في وفيات الرضع.

المبحث الأول: *أثر العامل الاجتماعي على وفيات الأطفال الرضع*

- ***أثر المستوى التعليمي على المتابعة الصحية أثناء الحمل.***
- ***أثر المستوى التعليمي على رتبة و عدد الأطفال.***
- ***أثر المستوى التعليمي على نوعية الرضاعة.***
- ***أثر المستوى التعليمي على الرغبة في الإنجاب.***
- ***أثر المستوى التعليمي على تفضيل جنس المولود.***
- ***أثر المستوى التعليمي على تنظيم النسل.***

الاستنتاجات

المبحث الثاني: *أثر العوامل الاقتصادية على وفيات الأطفال الرضع*

- ***أثر الدخل الشهري على المتابعة الصحية أثناء الحمل.***
- ***أثر الدخل الشهري على مكان الولادة.***
- ***أثر النشاط المهني للأمهات على نوعية الرضاعة.***

الاستنتاجات

المبحث الثالث: *أثر العوامل الديمغرافية على وفيات الأطفال الرضع.*

أ- صحة الأم.

- ***أثر سن الأمهات على المتابعة الصحية أثناء الحمل.***
- ***أثر سن الأمهات على وسط الولادة.***
- ***أثر سن الأمهات على نوعية الولادة.***
- ***أثر سن الأمهات على عدد الأطفال (رتبة المتوفي).***
- ***أثر سن الأمهات على تنظيم النسل.***
- ***أثر رتبة المتوفي على المتابعة الصحية.***

- أثر رتبة المتوفي على نوعية الرضاعة.

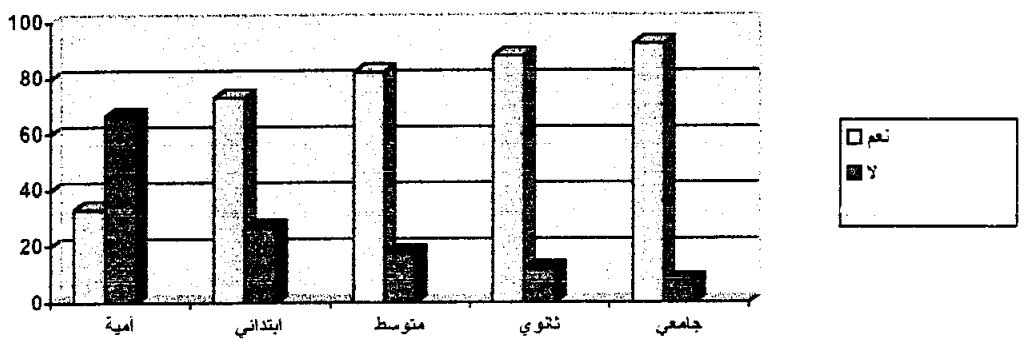
ب- صحة الرضيع.

- أثر السن على الجنس.
- أثر المتابعة الصحية على الوزن عند الولادة.
- أثر نوعية الولادة على الوزن عند الولادة.
- أثر السوابق الطبية للأمهات على الوزن عند الولادة.

الجدول رقم 41 يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي و المتابعة الصحية أثناء الحمل

المتابعة الصحية / المستوى التعليمي	التكـــــــرارات		المجموع
	نعم	لا	
أمية	2 33.33	4 66.66	6 100
ابتدائي	11 73.33	4 26.66	15 100
متوسط	14 82.35	3 17.64	17 100
ثانوي	22 88.0	3 12.0	25 100
جامعي	12 92.30	1 7.69	13 100
المجموع	61 80.26	15 19.73	76 100

الشكل رقم (09) يمثل توزيع وفيات وأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي للأمهات والمتابعة الصحية أثناء الحمل.



لقد تبين من خلال نتائج التحقيق، ومن خلال جدول رقم 41 أن أكثر من نصفهن اتبعن حملهن وذلك بنسبة 80.26% بالمقابل 19.73 % من مجموع المبحوثات لم يتبعن حملهن.

ولقد ربطنا بين المستوى التعليمي للأمهات و متابعة الأمهات حملهن فوجدنا من خلال هذا التحقيق وجود علاقة عكسية بين المستوى التعليمي و المتابعة الصحية ، بحيث ترتفع نسبة المتابعة بارتفاع المستوى التعليمي للأمهات، حيث تنتقل من 33.33 % عند الأمهات اللواتي لم تتحصلن على أي قسط من التعليم إلى 73.33% للأمهات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي ، ثم ترتفع تدريجيا إلى أن تصل إلى 92.00 % اللواتي تحصلن على مستوى تعليمي جامعي ، و العكس صحيح حيث يشير الجدول نفسه أنه يوجد علاقة عكسية بين المستوى التعليمي للأمهات و المتابعة الصحية للأمهات أثناء الحمل، فكلما ارتفاع المستوى التعليمي للأمهات انخفضت نسبة عدم المتابعة ، تنتقل النسبة من 66.66 % عند اللواتي لم تتحصلن على أي قسط تعليمي أي الأميات 26.66% اللواتي لديهن مستوى تعليمي ابتدائي، ثم تنخفض النسبة تدريجيا إلى أن تصل إلى 7.69 % بالنسبة للمستوى التعليمي الجامعي .

و أتضح ذلك عند دراسة كاي التربيع لبرسون ، حيث قدر كاي التربيع المحسوب بـ 10.96% وكاي التربيع الجدولي عند درجة الحرية 4 و نسبة الدلالة 0.05 % بـ 9.488% .

ومنه يمكن القول أن كاي التربيع المحسوب أكبر من نظيره الجدولي فإن دلا هنا على شيء وإنما يدل على وجود علاقة قوية بين مدى متابعة الحمل من طرف الأمهات و مستواهن التعليمي .

و تجدر الإشارة هنا أن سبب عدم متابعة الأمهات حملهن يرجع إلى عدم تلقهن أي مشكلة أثناء الحمل وكذا تعدد الحمل خلال حياتهن وهذا حسب تصريح البعض منهن كما صرحت لنا إحدى المبحوثات " أنها أصيبت بمرض في جهازها التناسلي لكنها رفضت شراء الأدوية التي وصفها لها الطبيب لأنها لم تكن ترغب بحملها" " الحمل الغير مرغوب فيه" .

كما تبين كذلك من خلال تحقيق قام به المركز الوطني للدراسات و التحليل من أجل التخطيط " CENEAP " في المجتمع الجزائري ، أن أسباب عدم المتابعة تعود لبعد المراكز الصحية، وعدم وجود وقت كافي للمتابعة ، أضف إلى ذلك عدم إدراك أهميتها بالنسبة للأمهات.

أما الأمهات اللواتي تابعن حملهن و هي الأغلبية الساحقة للمبحوثات، إتضح أنهن كن يترددن 5 مرات و أكثر ، و ذلك من أجل الكشف على تطورات الجنين و ذلك (32 من 61) بنسبة تقدر بـ 52.45 % و البقية من الأمهات المترددات للكشف الطبي خلال فترة حملهن ما بين 1-4 مرات، و ذلك (29 من 61) بنسبة 47.6 % .

بحيث كشف لنا تحقيق " CENEAP " مركز الوطني للدراسات و التحاليل من أجل التخطيط أن المتزوجات الصغيرات و المتعلمات هن أكثر تردد على متابعة حملهن، صنف إلى ذلك أنه من بين الأسباب التي تجعل الأمهات يتبعن حملهن خلال الثلاثي الثلاث هي الرغبة في تعويض النفقات الولادة من طرف الضمان الاجتماعي [1].

وسألن الأمهات عن الجهة المختارة من أجل المتابعة الصحية أثناء الحمل فتبين لنا من الجدول التالي :

الجدول رقم (42) بين توزيع الوفيات للأطفال الرضع حسب الجهة المختارة من طرف الأمهات للمتابعة الصحية أثناء الحمل .

المتابعة الصحية	العدد	النسبة
طبيب مختص	44	72.13
قابلة	17	27.86
المجموع	61	100

[1] CENEAP : Population société et développement, op cit, P 54.

و لقد أتضح أن أغلبية الأمهات يترددن على طبيب المختص في أمـــراض النساء و التوليد بنسبة 72.13 % و القابلات بنسبة 27.68 % .

وأما بالنسبة اللواتي يفضلن الطبيب المختص فقد أظهرت نتـــائج دراســة " CENEAP " حيث وصلت النسبة إلى 67.0 % بالمقابل فإن القابلات قـــدرت بنسبة 32.0 % ، وهذا عند المتعلمات و بالاختلاف أعمارهن .

الجدول رقم (43) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي و رتبة المتوفى

رتبة المتوفى / المستوى التعليمي	1 . 2	3 . 4	5 فأكثر	المجموع
أمية	1 16.66	2 33.33	3 50.0	6 100
ابتدائي	3 20.0	8 53.33	4 26.66	15 100
متوسط	5 29.41	6 35.29	6 35.29	17 100
ثانوي	17 68.0	7 28.0	1 4.0	25 100
جامعي	13 100	–	–	13 100
المجموع	39 51.31	23 30.26	14 18.42	76 100

يوضح الاتجاه العام للإجابات الجدول (43) المحدد لتوزيع وفيات الأطفـال الرضع حسب المستوى التعليمي للأمهات و رتبة المتوفى بين اخوته الأحياء ، إلى وجود علاقة بين المستوى التعليمي للأمهات و رتبة المتوفى ، أي كلمـــا ارتفـع المستوى التعليمي قل عدد الأطفال ، وكلما انخفض المستوى التعليمي زاد عـــدد الأطفال ، فتمثل نسبة الرتبة الأولى و الثانية بـــ 51.31 و ترتيـــب (3 – 4) بنسبة 30.26 % . أما ترتيب 5 فأكثر فتقدر نسبتها بـــ 18.42 % .

كما يتبين لنا من خلال الجدول أن الأمهات الجامعيات يمثلنا بنسبة 51.31 % لهن ما بين (1 – 2) أطفال بنسبة 100 % ، في حين الأمهات اللاتي لديهن 5 أطفال و أكثر معظمهن أميات بنسبة 18.42 % مقارنة مع اللواتي لديهن ما بين 1 – 2 طفل بـ 50.0 % ولعل سبب الفرق يعود إلى المستوى التعليمي و إلى سن المتأخر لزواج بالنسبة للمتعلمات .

أما اللواتي لديهن ما بين (3–4) أطفال فنسبها تمثل 30.26 % ارتفاع قليل عند الأمهات اللواتي لديهن المستوى الابتدائي بنسبة 33.33% مقارنة مع الأمهات اللاتي لديهن 5 فأكثر ، إذ قدرت النسبة بـ 26.66 % .

ويعود سبب في ذلك أن المستوى التعليمي للأمهات تؤثر على عدد الأطفال المرغوب فيه من طرف الأمهات ، بحيث نجد الأمهات اللواتي لديهن أقل أطفال (1 – 2) طفل لديهن المستوى التعليمي عالي أو ثانوي ، أما اللواتي لديهن المستوى التعليمي ابتدائي أو أميات فلديها 5فأكثر لتصل إلى 12 طفل حسب نتائج التحقيق .

و بالتالي نجد أن الأمهات المتعلمات يتأخرن في سن الزواج و هذا راجع للإتمام الدراسة ، ثم الخروج إلى العمل و بعدها تفكرنا في الزواج ، و قد بين تعدد السكان و السكن للجزائر عام 1987م إلى ارتفاع مستوى سن الزواج لدى الفتيات بالنسبة لفتات وصل إلى 24 سنة ، وهذا راجع إلى التغيرات الاجتماعية و الثقافية خلال العقد الأخير .

واتضح ذلك عند دراسة كاي التربيع لبرسون ، حيث قدر كاي التربيع المحسوب بـ 25.58 ، وكاي التربيع الجدولي عند درجة الحرية (3) و نسبة الدالة 0.05 بـ 15.507 ويمكن القول أن كاي التربيع أكبر من نظيره الجدولي فإن دل هنا على شيئ و إنما يدل على وجود علاقة بين المتغيرين (*) .

وبدراسة معامل وجدنا علاقة بين المستوى التعليمي للأمهات و عدد الأطفال الأمهات بـ 54.17 % أي هناك علاقة جد متوسطة بين المتغيرين ، المستوى التعليمي و عدد الأطفال الأمهات .

(*) أنظر إلى الطريقة الحسبية لكاي مربع في الملحق رقم (3)

يبين الجدول رقم (44) توزيع الوفيات الأطفال الرضع حسب ساعات الأولى للرضاعة

الإجابة	العدد	النسبة %
نعم	44	57.89
لا	32	42.10
المجموع	76	100

يبين لنا من خلال الجدول رقم (44) أن نسبة 57.89 % من وفيات الأطفال الرضع قد رضعوا خلال حياتهم ، بالمقابل نجد نسبة تقدر بـ 42.10 % لم يرضعوا إطلاقا و يعود سبب عدم الرضاعة إلى عوامل متعلقة بصحة الرضيع و أخرى متعلقة بصحة الأم .

الأسباب الخاصة بصحة الرضيع :

- ولادة الطفل الرضيع قبل أوانه (قبل شهر الثامن) في هذه المرحلة من الحياة لا يستطيع الرضيع رضاعة فبتالي يوضع هذا الأخير في أجهزة خاصة .
- البعض من الأطفال المتوفى ، توفوا في الدقائق أو ساعات الأولى من الحياة، أي أقل من 6 ساعات .
- خضوع البعض منهم إلى الإنعاش و المراقبة المكثفة .
- إصابة الطفل الرضيع بمرض سوء اختناق ولادي ، وانتان ولادي أو الانسداد المعوي .
- رفض الطفل الرضيع الرضاعة من ثدي أمه أو من الرضاعة الاصطناعية " BIBERON " .

أما العوامل المتعلقة بصحة الأم فتمثل فيما يلي :

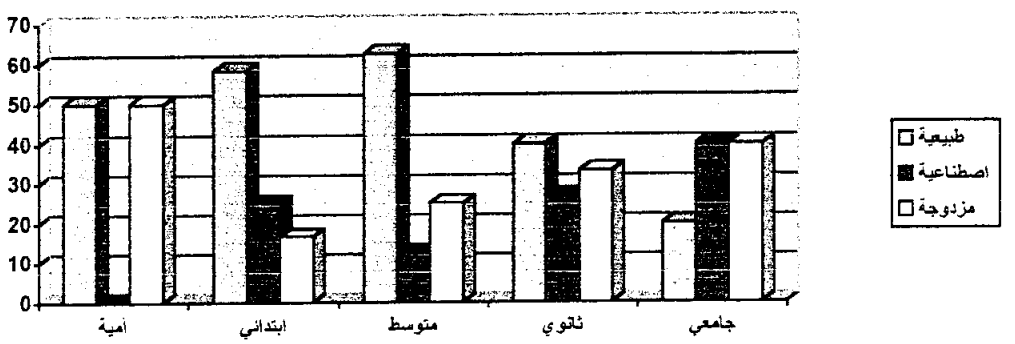
- إصابة الأمهات (الأم) بالمرض أثناء الحمل و بعد الوضع مثل مرض السل ، مرض الملاريا ...
- عدم كفاية لبن الأم أو انقطاعه نتيجة القلق أو الصدمة .
- مرض الأم مشكل الثدي و الحلمة

- الإرهاق الذي يصيبوا الأم نتيجة العمال داخل البيت و خارجه [1] .

الجدول رقم (45)يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي للأمهات نوعية الرضاعة

نوعية الرضاعة / المستوى التعليمي	طبيعية	اصطناعية	مزدوجة	المجموع
أمية	2 50.0	–	2 50.0	4 100
ابتدائي	7 58.33	3 25.0	2 16.66	12 100
متوسط	5 62.5	1 12.5	2 25.0	8 100
ثانوي	6 40.0	4 26.66	5 33.33	15 100
جامعي	1 20.0	2 40.0	2 40.0	5 100
المجموع	21 47.72	10 22.72	13 29.54	44 100

الشكل رقم (10) يمثل توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي للأمهات ونوعية الرضاعة .



(1)وزارة الصحة و السكان ديوان الوطني للإحصائيات الحامعة العربية : المرجع السابق ، ص . 114 - 115

يوضح لنا هذا الجدول والشكل رقم (10) أن نمـــط الرضاعـــة الطبيعيـــة ينخفض بارتفاع المستوى التعليمي بحيث أن النساء الأميات ترضعـــن أطفالـــهن برضاعة طبيعية ، بنسبة تقدر 50.0 % ونجد نسبة متساوية 50.0 % في نمـــط الرضاعة المختلطة (المزدوجة) ولكن في الرضاعة الاصطناعية لا نســـجل أي امرأة.

أما الأمهات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي نجد تذبـــذب فـــي النســـب بحيث، نجد أعلى نسبة في نمط الرضاعة بـــ 58.33%، ثم يليها النمط الرضاعة الاصطناعيـــــــة تقـــــدر بـــ 25.0 % و أخير نمط الرضاعة المزدوجـــة بـــ 16.66 % .

أما المستوى التعليمي المتوسط ، فأكثر نجد نسبة عاليـــة مـــن الأمـــهات يستعملن النمط الأول آلا و هو الرضاعة الطبيعية ، ثم تليها نسبة 25.0 % لنمـط الرضاعة المختلطة (المزدوجة) ، بحيث كلما ارتفع المســـتوى التعليمـــي ازداد استعمال الأم للنمط الثالث ، و تصل النسبة إلى 40.0 % عنـــد الأمـــهات ذوي المستوى التعليمي العالي .

و التفسير الذي نستطيع تقدمه أن الأمهات ذوي المستوى التعليمي الضعيف (أمية و ابتدائي) هي أكثر ارتباط بالقيم و العـــادات و التقـــاليد عكـــس النســـاء المتعلمات المتأثرات كثير بالمستوى التعليمي الذي يدفعهن إلى استعمال الرضاعـة الاصطناعية ، كبديل للرضاعة الطبيعية ، و التي تعتبرها كمظهر مـــن مظـــاهر التحضر ، و أيضا فهي واعية بأن الطفل عندما يصل إلى أشهر معينـــة تصبـــح الرضاعة الطبيعية غير كافية لتنقل الفيتامينات و البر وتينات ...

و لقد أوضحت نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم لســـنة 1992م أن أغلبية النساء (الأمهات) .

في الجزائر ترضعن أطفالهن طبيعيا، إن حوالي 60 % من الأطفال بدؤوا الرضاعة خلال (6) الستة ساعات الأولى بعد الولادة ، حيث تبين من هذا المسح أن المتوسط طول فترة الرضاعة 12.5 شهر مقارنة نتائج هذا المسح بالمسوحات السابقة ، تبين أم متوسط طول فترة الرضاعة يتجه نحو الانخفاض بنسبة كبيرة (حضري ريفي) .

و الجدير بذكر أن نتائج البحث هذه تتماشى و نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل لسنة 1992 ، حيث اتضح أن الأمهات اللاتي لم تحصلن على مستوى تعليمي أقبلن على ممارسة الرضاعة الطبيعية أكثر من غيرهن و امتداد أثر متغير التعليم حتى على متوسط طول فترة الرضاعة .

الجدول رقم (46) يبين مدى رغبة الأمهات في الإنجاب و مستواهن التعليمي

مدى الرغبة في الإنجاب / المستوى التعليمي	الرغبة في الإنجاب		عدم الرغبة في الإنجاب		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%
بدون مستوى	2	33.33	4	66.66	6	100
ابتدائي	6	40.0	9	60.0	15	100
متوسط	11	64.70	6	35.29	17	100
ثانوي	14	56.0	11	44.0	25	100
جامعي	9	69.23	4	30.76	13	100
المجموع	42	55.26	34	44.73	76	100

نلاحظ من خلال الجدول (46) مدى رغبة الأمهات المستجوبات في الإنجاب مستقبلا ، فاتضح أكثر من نصفهن 55.26 % من الأمهات ترغبن في الإنجاب مستقبلا و 44.75 % منهن لا ترغبن في الإنجاب و يرجع سبب عدم الرغبة في الإنجاب حسب تصريحاتهن إلى كثرة الأولاد أضف إلى ذلك غلاء المعيشة، عدم القدرة على تلبية حاجيات أفراد الأسرة و من خلال ملئ الاستمارات و التحدث معهن لاحظنا اليأس على أوجه الأمهات و الملل و قد يعود ذلك إلى

الظروف الاجتماعية و الاقتصادية و الفترة الصعبة التي يعيشها كل فرد جزائـوي في هذه الآونة الأخيرة أو راجعة للأسباب نجهلها .

كما تبين من خلا الجدول ارتفاع عدم الرغبة في الإنجاب عنـــد الأمـــهات المتمدرسات (المتعلمات) بنسبة 66.66 % ، ثم تليها اللواتـــي لديـــهن مســـتوى تعلمي ابتدائي بـــ 60.0 % من مجموع المبحوثات .

أما بالنسبة اللواتي يردن الإنجاب فنجـــد أن الســـبب فـــي ذلـــك حســـب تصريحاتهن من خلال نتائج التحقيق إلى رغبة في إنجاب أطفال آخرين لتعويـض المتوفـــى أو إضافة أخ أخر إذ كانت لديها بنت من قبل أو العكس أخت أخـــرى إذ كان لديها ذكر .

فنجد الرغبة في الإنجاب عند الأمهات المتعلمات ، فنجد أنه كلما ارتفـــع المستوى التعليمي للأمهات كلما زادت الحاجة في الإنجاب بحيث نجد أكبر نســـبة عند الأمهات ذوي المستوى التعليمي العالي قدرت نسبة بـــ 69.23 % ، ثم تليـها الأمهات اللواتي لديهن مستوى التعليمـــي ثـــانوي بنســـبة 56.0 % ثـــم تليـــها المتوسطات بـــ 64.70 % اللواتي لديهن مستوى ابتدائي بـــ 40.0 % .

أما آذني النسبة فنجدها عند الأمهات الأميات، حيث تقدر بـــــ 33.33 % من مجموع المبحوثات .

الجدول رقم (47) يبين مدى رغبة الأمهات في الإنجاب و مستواهن التعليمي

مدى التفصيل في الإنجاب / المستوى التعليمي	التفصيل بين الجنسين			المجموع
	ذكور	إناث	لا خيار	
بدون مستوى	1 50.0	1 50.0	–	2 100
ابتدائي	1 16.66	2 33.33	3 50.0	6 100
متوسط	4 36.36	4 36.36	3 27.27	11 100
ثانوي	4 28.57	6 42.85	4 28.57	14 100
جامعي	4 44.44	4 44.44	1 11.11	9 100
المجموع	14 33.33	17 40.47	11 26.19	42 100

يبين من خلال الجدول رقم (47) أن كل الأمهات سواء كن ذات مستوى ثانوي و الجامعي أو مستوى أدنى (ابتدائي ، متوسط) أو اللواتي ليس لديهن مستوى ، الأغلبية منهن لا يوافقن على تفصيل إنجاب الذكور عن الإناث بحيث تمركزت النسب في كل المستويات، و نلاحظ أنه حتى بالنسبة للتفصيل الذكور عن الإناث لم يظهر تأثير واضح للمستوى التعليمي للمبحوثات على موقفهن من الاتجاه العام لتفصيل إنجاب الذكور عن الإناث و هو بنسبة 33.33 % وعليه فاتجاه نحو الإناث و ذلك بنسبة 40.47 % بحيث تبين أن في المستوى التعليمي الابتدائي قدرت نسبة بـ 50.0 % ، ثم تنخفض من جديد عند المستوى الأخر إلى 36.36 % ، عند اللواتي لديهن مستوى متوسط أما اللواتي لديهن مستوى تعليمي، ثانوي وعالي فنجدها متقاربة بنسبة 44.44 % .

أما اللواتي ليس لديهن خيار بين الجنس فالاتجاه العام يمثل إلى 26.19 % و تمركز أعلى نسبة عند اللواتي لديهن مستوى ابتدائي بـ 50.0 % و يعود ذلك

إلى عدد الأطفال المحقق من طرف الأمهات الكبريات في السن ، و أدنى نسبة نجدها عند الجامعيات بنسبة 11.11 % .

و يمكن تفسير ذلك ، أن تفضيل الذكور يعود حسب تصريحاتهن إلى العامل الاقتصادي بحيث الذكر يساهم بنسبة هائلة في الدخل العائلي في المستقبل و قد شكل هذا العامل أهمية كبرى في زيادة النسل لأن مولود جديد يعتبر عن لاستثمار ذو مردود مضمون وسريع أضف إلى ذلك أن الذكر يرث اسم العائلة ويضمن إستمراريتها.

أما اللواتي يفضلن الإناث عن الذكور فيعود سبب ذلك إلى أنهن لديهن عدد من الذكور و بالتالي ترغبن في إضافة أخت لأخ ، و يتجلى ذلك عند الأمهات بنسبة 50.0 % و يعتبرن ذلك إجحاف في حق الأنثى واعتراض على مشيئة الله، حيث صرحت إحدى المبحوثات أن الفتاة تساعد في التكفل بالأباء خاصة من الناحية المالية بحيث وبإمكانها تعويض الذكر في القيام بهذه المهمة تعويض " في وقتنا هذا الطفلة خير من الولد ، لاخطرش الطفلة تصيبها مشي كيما للولد " .

أما البقية منهن فليس لهن خيار فالمهم هو تعويض الرضيع المتوفى فلبتلى لا يعرنا انتباه إلى الجنس المولود سوء كان ذكر أم أنثى وبالتالي نجد نسب متقاربة حسب نتائج البحث .

لقد أصبح موضوع تباعد الولادات بشكل قسطا كبير من اهتمامات المرأة و إنشغالاتها خاصة لدى المرأة المتعلمة ، إذ سمح لها مستواها التعليمي التطلع و التفهم أكثر على المعارف و الاتجاهات المرتبطة بتنظيم النسل خاصة لدى الجامعيات ، فدخول المرأة إلى الجامعة مكنها في الحصول على مكانة اجتماعية على تخفيض عدد أطفالها و بالتالي فقد شكل العامل المهني إحدى العوامل الرئيسية التي ساعدت المرأة على تنظيم إنجابيا فقد تبين أن معظم المبحوثات - الحالات المدروسة - وهذا بتبني الوسائل وطرق الهادفة إلى تنظيم النسل .

الجدول رقم (48) يوضح استعمال و سائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي للأمهات .

إتباع طرق منع الحمل / المستوى التعليمي	تستعمل	لا تستعمل	المجموع
بدون مستوى	2 33.33	04 66.66	6 100
ابتدائي	10 66.66	05 33.33	15 100
متوسط	8 47.05	09 52.94	17 100
ثانوي	18 72.0	07 28.0	25 100
جامعي	9 69.23	04 30.76	13 100
المجموع	47 61.84	29 38.15	76 100

إن عامل التعليمي للأمهات كما أشرنا إلى ذلك سابقا يلعب دورا هاما في تحديد عملية الإنجاب إذ توصلنا من خلال نتائج البحث إلى أن الرافضات لوسائل منع الحمل بعض النظر عن الكبريات في السن معظمهن ذوي مستوى محدود إذ لم نقول غير متعلمات و نشير إلى أن المستوى التعليمي للمبحوثات ترتبط ارتباط قويا، يسهين لأن ضمن الرافضات ذوي المستوى التعليمي محدود من لا يتجاوز سنها 30 سنة ، هذا ما يترجمه الجدول الموجود أعلاه ، و يتضح من خلال الجدول أن نسبة الرفض تظهر كذلك عند اللواتي لديهن مستوى تعليمي متوسط، بينما تظهر نسبة القبول لدى المستويات التعليمية الأخرى ثانوي و جامعي تقريبا بنسبة 72.0 % و 69.23 % على الترتيب، و قد تبين أن معظم الرافضات من خلال نتائج الدراسة و البحث يرفضنا استعمال منع الحمل بمحض إرادتهن و ليس لدى ضغط من الضغوط الاجتماعية المحيط الأسري أو الزوج.

ويمكن حصر أسباب رفض استعمال و سائل الحمل إلى العوامل التالية :

العامل الأول :

الرغبة في الإنجاب لأن معظم الأمهات المبحوثات الرافضات أنهن يردنا إنجاب أطفال من جديد و يصبحنا أمهات بالنسبة اللواتي ليس لديها أولاد أو يرغبنا في إنجاب مرة أخرى و الذي يمثل نسبة هامة من المبحوثات .

العامل الثاني :

فيمثل في العامل الطبي ، ما صرحت لنا البقية من الأمهات المبحوثات من خلال نتائج البحث فقد بررنا عدم قبولهن لاستعمال وسائل منع الحمل لمشاكل صحية.

العامل الثالث :

و هو السن المتأخر بالنسبة للواتي و صلنا إلى سن اليأس كما يسمى عند الأطباء و يتمثل في الفئة 45 – 49 سنة ، فإنهن لا يستعملنا و سائل منع الحمل.

أهم الطرق المتبعة :

تعتبر الحبوب أكثر الوسائل استعمالا لدى المبحوثات - الحالات المدروسة - كونها الوحيدة التي تمثل نسبة عالية من الفعالية بالمقارنة مع الوسائل الأخرى لذلك كان الإقبال عليها كبير أو بصفة كبيرة كما يوضحه الجدول التالي :

الجدول رقم (49)يبين الطرق المستعملة لدى المبحوثات

أنواع الطرق	العدد	النسبة %
الحبوب	42	89.36
المعقم	03	06.38
الطريقة الحسابية	02	04.25
المجموع	47	100

نلاحظ من خلال الجدول أن 89.36 % من الأمهات تلجأن إلى استعمال حبوب منع الحمل لأنها الطريقة أنجح وهذا ما أكدته دراسة "رغبة المرأة في الإنجاب ذكور "[1].

وبرغم من فعالتها إلا أنها قد تؤدي إلى انعكاسات سلبية على صحة الأم و هذا ما يبرز لجوء بعضهن إلى استعمال المعقم بنسبة تقدر بـ 4.34 % من المبحوثات، رغم أنها ليست مضمونة 100 % بالمائة .

كما تبين أيضا من خلال الجدول أن أقدم الطرق لمنع الحمل و المتمثلة في الطريقة الحساسية مازلت متابعة في وقتنا الحالي و لو بنسبة قليلة جدا لأن حسب الفئة المعينة - الوسائل لأخرى تعتبر صعبة و معقدة ، و قد تؤدي إلى نتائج سلبية على صحة الأم .

و يتضح كذلك من خلال الجدول أن الغرض من استعمال و سائل منع الحمل يرجع : " لتباعد أو التعطيل " كما عبرت عنه المبحوثات . أما الباقي بالنسبة للفئات الأخرى ، فهي من أجل التحديد و أسباب ذلك تختلف من مبحوثة لأخرى فمنها ما يعود لأسباب اجتماعية و أخرى صحية.

و يمكن تلخيص هذه الأسباب إلى ما يلي :

أولا :النوعية في إنجاب ذكور و هذا ما يمثل 33.33 % من مجموع المبحوثات المستعملات لطرق منع الحمل ، و منها من يريد إنجاب إناث و تقدر النسبة بـ 40.47 % ، و بالتالي فهو السبب الرئيسي .

ثانيا : الرغبة في إنجاب طفل أخر قد يكون الأخ للأخت أو أخت للأخ نبغي ذكورا و إناث .

ثالثا : من أجل صحة الأم ، وهو ما يمثل نسبة قليلة تقدر بـ 12 % من مجموع المبحوثات المستعملات لوسائل منع الحمل .

أما الفئة الثانية التي تستعمل وسائل منع الحمل من أجل التحديد يمكن تلخيص الأسباب إلى ما يلي :

---

[1] حورية محفوظ : رغبة المرأة في الإنجاب الذكور .دراسة ميدانية لمكانة الذكر في الوسط العائلي في الجزائر العاصمة . رسالة ماجستير معهد علم الاجتماع جامعة الجزائر . 1996 ص .133.

راجع إلى عدم رغبة في الإنجاب ، وهذا ما أدلت به معظـــم المبحوثـــات لكون لديهن الكفاية من الأطفال.

وكذلك راجع إلى سن ، بحيث غالبا ما تنوي المرأة أن تتوقف عن الإنجاب بسب كبرها في السن ، فقد لوحظ من خلال نتائج الدراسة أن أغلبيـــة الأمـــهات المهتمات بهذا الموضوع هن المتعلمات ذوى المستوى التعليمي الثانوي و العالي، ومن هنا يبرز أثر التعليم في تغير موقف المرأة و أفكارهـــا المتعلقـــة بمختلـــف مجالات الحياة.

إذ تبتت علميا أنه كلما تقدمت المرأة في السن ، كلما شكل الإنجاب خطورة عالية و كثيرة على صحة الأم و الجنين خاصة .

و كذلك ترجع للأسباب الصحية التي تعتبر من العوامل الرئيسية المؤثـــرة في عملية تحديد النسل، فقد ترغب المرأة في الإنجاب و لكن ظروفها الصحيـــة لا تسمح بذلك.

خلاصة و إستنتاجات :

- اتضح من خلال نتائج البحث و من المبحث الأول أن الأمهات المتعلمات يتابعن حملهن و ذلك بنسبة 80.26 % ، و اللواتي لا يتابعن حملهن بنسبة 19.73 % .

إذ نجد أن هناك علاقة عكسية بين المستوى التعليمي و المتابعة)فكلما ارتفع المستوى التعليمي للأمهات زدت متبعة حمل ، و كلما انخفض المستوى التعليمي فأمهات قلت أو إن عدمت متابعة الحمل.

- إن الأمهات اللواتي اتبعن حملهن يفضلن الطبيب المختص عن القابلات بحيث معظمهن تابعن حملهن عند الطبيب المختص بـ 72.13 % . أما البقية منهن فتوجهن عند القابلات بنسبة 27.86 % و هذا عند المتعلمات باختلاف مستواهن التعليمي .

- كما تبين من خلال نتائج البحث أن هناك علاقة بين المستوى التعليمي للأمهات وعدد الأطفال، بحيث تبين نتائج التحقيق أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي عند المرأة قل عدد الأطفال لديهن ، بحيث خروج المرأة إلى التعليم و العمل مكنها من تحديد العدد المرغوب من الأطفال و ذلك عن طريق تنظيم النسل بحيث تبين أن الأمهات اللواتي لديهن أكثر من 5 أطفال هن ذوي المستوى التعليمي منخفض و ذلك بنسبة 50.0 % ، و اللواتي لديهن طفلين هن ذوي المستوى التعليمي العالي بنسبة 100 % .

- اتضح من خلال نتائج البحث أن 57.89 % من الأطفال الرضع المتوفين أرضعوا و البقية منهم 42.10 % لم يرضعوا .

- إن المستوى التعليمي للأم يؤدي إلى تغير في آرائها و سلوكها ، يتح لها فرصة العمل خارج البيت ، و هنا يأخذ العمل معنى التحرر و الاستقلال الذاتي بالنسبة لها و مما يؤدي بها إلى تعويض الرضاعة الطبيعية بالرضاعة الاصطناعية بالقنينة ، بحيث تبين من التحقيق أن الاتجاه الأمهات اللواتي لم تتحصلن على مستوى تعليمي مستوى ابتدائي أظهرت إقبالا على الرضاعة

الطبيعية أكثر من غيرهن و أمتد أثر صغير التعليم حتى على متوسط طول الفترة الرضاعة . فتبين أن الأمهات المتعلمات يلجأن إلى الرضاعة الاصطناعية . أما اللواتي لديهن مستوى تعليمي منخفض يلجأن إلى الرضاعة الطبيعية . فنلاحظ أن الأمهات المتعلمات بالرغم من مستوياتهن إلا أنهن ليس واعيا بفوائد الحليب الطبيعي على صحة الرضيع . أما اللواتي ليس لهن مستوى تعليمي و اللواتي لديهن مستوى منخفض يلجأن إلى الرضاعة الطبيعية و يرجع ذلك إلى الوسط العائلي التي تعيش فيه الأم بحيث أن الوسط الذي تنشأ فيه الأم له تأثير مباشر على اتجاهها نحو الرضاعة الطبيعية .

- أغلبية الأمهات ترغبنا في الإنجاب مستقبلا و ذلك بنسبة 55.26 % و اللواتي لا يرغبن في الإنجاب فقدرت نسبتها بـ 44.75 % فتبين أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما كانت الحاجة إلى الإنجاب أكثر ، و كلما انخفض المستوى التعليمي نجد الأمهات لا يرغبن في الإنجاب و يرجع ذلك أن الأمهات غير المتعلمات و ذوي المستوى الابتدائي و المتوسط لا يرغبن في الإنجاب لأنهن كبيرات في السن و انجبن العدد المرغوب من الأطفال .

أما المتعلمات فيرغبن لأنهن تزوجن في سن متأخر و كذلك لأنهن فقدن مولودهن الأول و بالتالي تخلق لهن الرغبة في الإنجاب و هذا يعود إلى أن هذه الفئة من الأمهات لم تتزوج في سن مبكر لاستغراقها وقت كبير في تحصيل الشهادات العالية و بالتالي لم تنجب عدد كبير من الأطفال مقارنة بالفئات الأخرى.

- تبين أن المستوى التعليمي للأمهات ليس له تأثير على تفضيل الذكور عند الإنجاب، بحيث أتضح أن تفضل نحو الإناث بنسبة 40.47 % و الذكور بنسبة 33.33 %.

- اتضح من خلال نتائج البحث أن الرافضات لاستعمال و سائل الحمل بغض نظر عن الكبريات في السن معظمهن ذوي مستوى تعليمي محدود (ابتدائي - متوسط) أو الأميات ، فكلما ارتفع المستوى التعليمي ، كلما انخفضت نسبة الرافضات لاستعمال و سائل منع الحمل .

- الأميات المستعملات لوسائل منع الحمل يلجأن إلى الطرق الأكيـــــدة ألا وهي حبوب منع الحمل لأنها حسب رأيهن الطريقة أنجع و ذلك بنسبة 89.36 % ثم يأتي المعقم في المرتبة الثانية بنسبة 6.38 % إلا أن الطريقة الحسابية مـلزالت مستعملة لدى الكبريات في السن بنسبة 4.25 % .

الجدول رقم (50) توزيع وفيات الأطفال الرضع، حسب الحاجيات التي تكتسبها كل أسرة

الحاجيات	التكرارات				المجموع	
	نعم		لا			
المرحاض	72	94.73	4	5.26	76	100
الحمام	52	68.42	24	31.57	76	100
الكهرباء	74	97.36	2	2.63	76	100
الغاز	53	69.73	23	30.26	76	100
الهاتف	35	46.05	41	53.94	76	100

من خلال السؤال المتعلق بأهم الحاجيات التي تكتسبها الأسرة في البيت اتضح أن الأغلبية الساحقة لا تكتسب الهاتف في البيت و31.57 % تكتسب حمام 30.26% تكتسب غاز المدينة في البيت و لا يدخل الكهرباء إلى البيوت نسبة 2.63% وكذا الغاز بـ 30.26% ولا مرحاض بنسبة 5.26%.

أما الفئة الأخرى التي تكتسب الحاجيات الضرورية في المنزل فتقدر نسبة الأسر التي تكتسب المرحاض سواء كان المرحاض خاص دخل المنزل أو مرحاض جماعي بـ 94.73% منها 14.47% مرحاض جماعي. وبالتالي نلاحظ نقص النظافة وكذلك نقص في صرف المياه القذرة.

أما الأسرة التي تكتسب حمام داخل البيت فتقدر نسبتها بـ 68.42% وقد أشارت نتائج تعداد السكان لعام 1998 بالجزائر في المجتمع أن 45.02% يكتسبون حمام داخل البيت. بالنسبة للضروريات من الكهرباء والغاز فقد أوضحت نتائج التحقيق أن أغلبية العائلات والأسر تكتسب الكهرباء بنسبة 97.32% والغاز بنسبة 69.73% .

أما نتائج التعداد العام لسكان والسكن لعام 1998 أوضح:

أن المجتمع الجزائري يكتسب الكهرباء بـ 84.58% والغاز الطبيعي بنسبة 78.15%.

أما كماليات المنزل من الهاتف فتوضح النتائج أن أغلبية الأسر لا تكتسب الهاتف إلا بنسبة 46.05% منهم من يكتسب الهاتف [1]

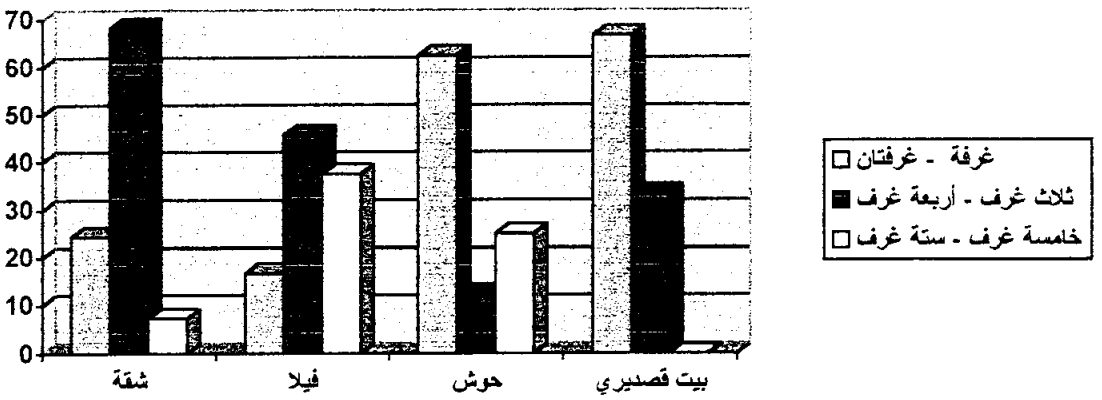
ونستنتج أن أغلبية الأسر التي توفي لهم الأطفال رضع يكتسب الحاجيات الضرورية للمنزل (من صرف صحي) والكهرباء + الغاز وبالتالي نستنتج أن العامل الاقتصادي له تأثير على وفيات الأطفال الرضع في الجزائر.

الجدول رقم (51) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نوع السكن وعدد غرف البيت.

عدد الغرف / نوع السكن	2 - 1	4 - 3	6 - 5	المجموع
شقة	10 24.39	28 68.29	3 7.31	41 100
فيلا	4 16.66	11 45.83	9 37.5	24 100
حوش	5 62.5	1 12.5	2 25.0	8 100
بيت قصديري	2 66.66	1 33.33	– –	3 100
المجموع	21 27.63	41 53.94	14 18.42	76 100

[1] ONS: Collections statistique RGPH 1998 Juillet 1999 N°80.

الشكل رقم (11) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نوع السكن وعدد غرف البيت



يبدو من خلال جدول والشكل رقم (11) أن الاتجاه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي تسكن في 3-4 غرف بنسبة 53.94% فأغلبيتهن يسكن في شقة بعمارة، وذلك بنسبة تقدر بـ68.29% وبـ45.83% يسكن في فيلا أما اللواتي يسكن في بيت قصديري بـ 33.33% والبقية منهن تسكن في حوش به منزل وذلك بنسبة 12.5% .

أما الأمهات اللواتي يسكن في 1-2 غرف فيصل الاتجاه إلى الأمهات القاطنات في بيت قصديري وذلك أكثر من نصفهن بنسبة 66.66% و62.50% عند اللواتي يسكن في حوش به منزل، ثم تنخفض النسبة عند اللواتي يسكن في شقة داخل عمارة بنسبة 24.39% والبقية منهن تسكن في فيلا بنسبة 16.66% .

كما أوضحت نتائج التحقيق أن الأمهات اللواتي لديهن 5-6 غرف في البيت فيصل الاتجاه نحو اللواتي تسكن في فيلا بنسبة 37.50% و 25.00% عند الأمهات اللواتي تسكن في حوش وفيه مسكن، أما البقية منهن فنجدهن يسكن في شقة بعمارة وذلك بنسبة تقدر بـ 7.31% .

وفي هذا الصدد أشارت نتائج التعداد السكان والسكن للجزائر عام 1998 أن أغلبية الجزائريين يسكنون في بيوت فردية بنسبة 55.26% والأحواش والمنازل التقليدية بنسبة 19.87% أما البقية من أسر المجتمع الجزائري فيسكنون في عمارات بها شقة بنسبة 16.78 والبيوت القصديرية بنسبة 6.56% .

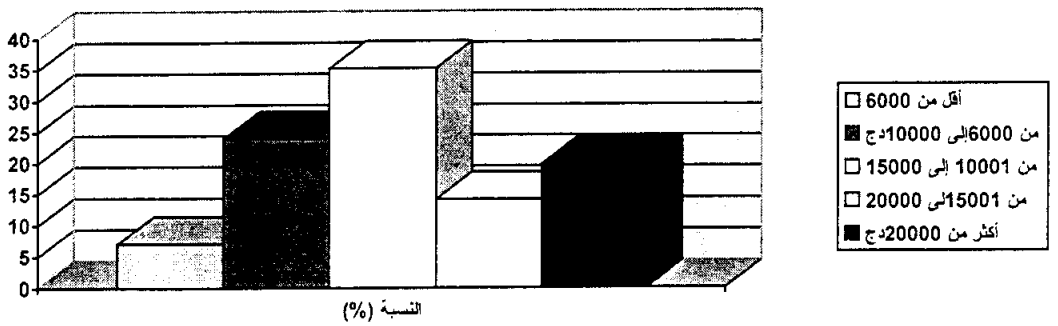
كما يوضح الجدول أن الأمهـــات المبحوثـــات القاطنات في غرفة واحدة في منزل تمثل في (10 أسر من بين 76 أسرة) فقدر متوسط عدد الأشخاص في هذه الغرفة بـــ 8.1 شخص، أما الأمهات اللواتي يسكن في غرفتان (أي 12 أسرة من بين 76) قدر المتوسط عدد الأشخاص في غرفـــتان أي (27 مـــن بيـــن 76). أما الأمهات اللواتي يسكن في 4 غرف فقدر متوسط عدد الأشخاص فيها بـــ 7.33 شخص (أي 13 أسرة من 76 أسرة). والبقية منهم تسكن في مسكن به 5 غرف (أي 14 أسرة من 76 أسرة) قدر متوسط عدد الأشخاص بـــ 7.51 شخص.

وبالتالـــي نلاحظ من خلال نتائج التحقيق والبحث أن متوسط عدد الأشخاص في مسكن قدر بـــ 6.83 شخص.

الجدول رقم (52) يبين الأصناف التي ينتمي إليها الراتب الشهري للأسرة.

الأصناف الراتب	التكرار	النسبة (%)
أقل من 6000 دينار	5	7.04
من 6000 إلى 10000 دينار	17	23.94
من 10001 إلى 15000دينار	25	35.21
من 15001 إلى 20000 دينار	10	14.08
أكثر من 20000 دينار	14	19.71
المجموع	71	100

ملاحظـــة: يوجد ضمن العينة 5 أزواج بطالين، مسرحين من طرف المؤسسة العاملين فيها.



الشكل رقم (12) يبين الأصناف التي ينتمي إليها الرتب الشهري للأسرة

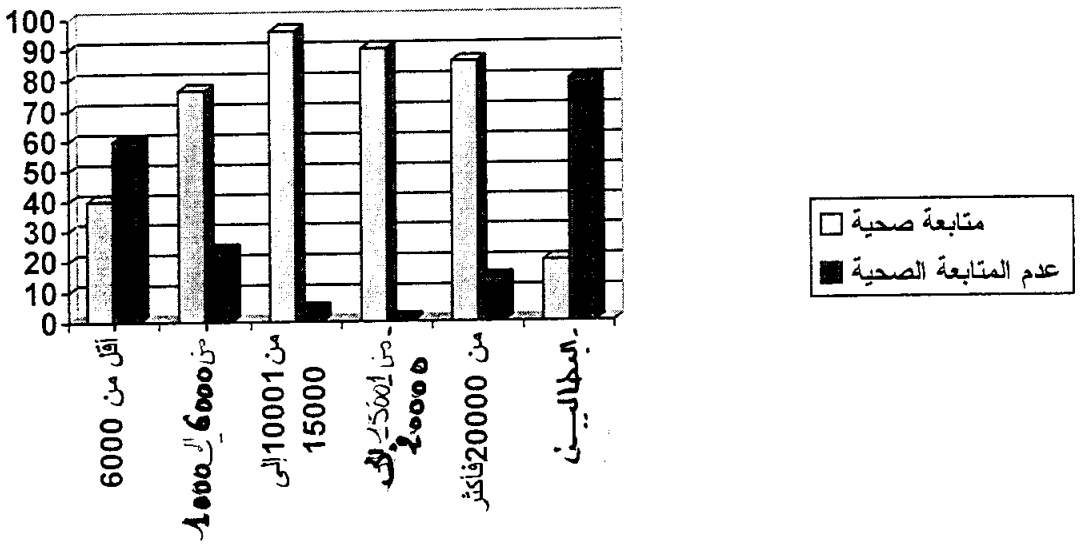
من خلال جدول رقم (52) ومن خلال الشكل رقم (12) يتضح أن أغلبية الأسر التي تتضمن الأمهات اللواتي فقدان مواليدهن ينتمي رتبهن الشهري إلى الصنف 10.001دج إلى 15000دج وذلك بنسبة 35.21% تليها تلك التي ينتمي مرتبهن الشهري إلى الفئة 6000 إلى 10 000 دج حيث تقدر نسبتها بـ 23.94 % و 19.71 %عند اللواتي ينتمي راتبهن الشهري إلى أكثر من 20000 دج.

في حين نجد أن نسبة 14.08% عند الفئة 15001 إلى 20.000 دج أما أقل فئة من الأمهات اللواتي فقدن مولودهن تمثل نسبة 7.04% وتنتمي إلى فئة أقل من 6000 دج .

الجدول رقم (53) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الدخل الشهري للأسرة والمتابعة الصحية للأم أثناء الحمل.

مدى المتابعة الصحية / الدخل الشهري	التكرار		المجموع
	متابعة الصحية	عدم المتابعة	
أقل من 6000	2 40.0	3 60.0	5 100
من 6000 إلى 10000 دج	13 76.47	4 23.52	17 100
من 10001 إلى 15000 دج	24 96.0	1 4.0	25 100
من 15001 إلى 20000 دج	9 90.0	1 1.0	10 100
من 20000 فأكثر	12 85.71	2 14.28	14 100
البطالين	1 20.0	4 80.0	5 100
المجموع	61 80.26	15 19.73	76 100

الشكل رقم (13) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الدخل الشهري للأسرة والمتابعة الصحية للأم أثناء الحمل



يوضح الاتجاه العام لجدول و الشكل أن أكثر من نصف تبعن حملهن في المصالح الصحية وذلك بنسبة 80.26% بالمقابل اللواتي لم تتبعن حملهن فقدرت نسبتهن بـ 19.73% ولقد ربطنا بين الدخل الشهري للأسرة كمتغير والمتابعة الصحية للأمهات أثناء فترة الحمل، فوجدنا من خلال نتائج التحقيق أنه يوجد علاقة بين المتغيرين الدخل الأسري والمتابعة الصحية أثناء الحمل، بحيث تنتقل النسبة من 20.0% عند الأمهات اللواتي أزوجهن بطالين مسرحين إلى 40.0% عند اللواتي دخلهن الشهري أقل من 6000 دج ثم تعود إلى ارتفاع عند الدخل الأسري الذي ينتمي إلى الفئة صنف من 16000 إلى 10000 بنسبة 76.47% و96.0% عند الأمهات اللواتي دخليهن ينتمي إلى صنف 10001 إلى 150000 دج. ثم تنخفض النسبة تدريجيا عند فئات الأمهات اللواتي ينتمي رتبهن الشهري من 15001 إلى 2000 دج ومن 20000 فأكثر وذلك بنسبة 90.0% و 85.71% على التوالي.

أما الأمهات اللواتي لم تتبعن حملهن أثناء فترة الحمل في المصالح الصحية حيث يشير الجدول إلى انخفاض في النسبة بحيث ينقل من 80.0% عند الأمهات اللواتي أزواجهن بطالين مسرحين إلى 60.0% عند الأمهات داوي الدخل الشهري أقل من 6000 دج. ثم تبقى في الانخفاض حتى تصل النسبة إلى 1.0% عند الفئة الأمهات اللواتي ينتمي مرتبهن الشهري إلى صنف 15001 إلى 20000 دج، وترتفع عند الأمهات اللواتي دخلهن يفوق 20000 دج بنسبة 14.28% .

تجدرالإشارة أن الأمهات اللاتي لم تتبعن حملهن يرجع بسبب في ذلك حسب تصريح بعضهن إلى الظروف المالية الصعبة وكذلك بعد الهياكل الصحية عن المسكن، بحيث صرحت أحدهن أن دخلهن الشهري أقل من 6000 دينار وزوجهن يعمل كحارس في الليل، فإن الدخل غير كافي لقضاء حاجيات الضرورية لمنزل وكذا المتابعة الصحية، بالإضافة إلى الظروف المالية الصعبة تصريح بعض الأزواج من المؤسسات العمومية في فترة حمل الأمهات (5 من بين 76 مبحوثة) بنسبة 6.57% .

في هذا الصدد تشر نتائج التحقيق أن الظروف الاجتماعية وثقافية المجتمع التقليدي هي الأخرى لها نصيب في ذلك، إذا صرحت لنا إحدى المبحوثات نظرا للظروف العائلية التي لا يمكنها من الخروج من البيت بمفردها للقيام بمتابعة الصحية، لأن تقليد الأسرة تفرض على المرأة عدم الخروج إلا مع أحد أفراد العائلة أو زوجهن فقط.

كما تبين من التحقيق أن إحدى المبحوثات أصيبت بمرض في جهاز التناسلي أثناء فترة الحمل فطلب منها الطبيب القيام بالتحليل طبية وقدم لها وصفة طبية للشراء دواء والعلاج، إلا أنها لم تقوم بذلك، لأن زوجها من بين المسرحين من المؤسسة الوطنية (R.S.T. A) وبالتالي لم تتبع حملها والنتيجة كانت إصابة الرضيع عند الولادة بالشلل ونقص في الوزن وبالتالي بعد مدة 7 أشهر من العلاج توفي الرضيع.

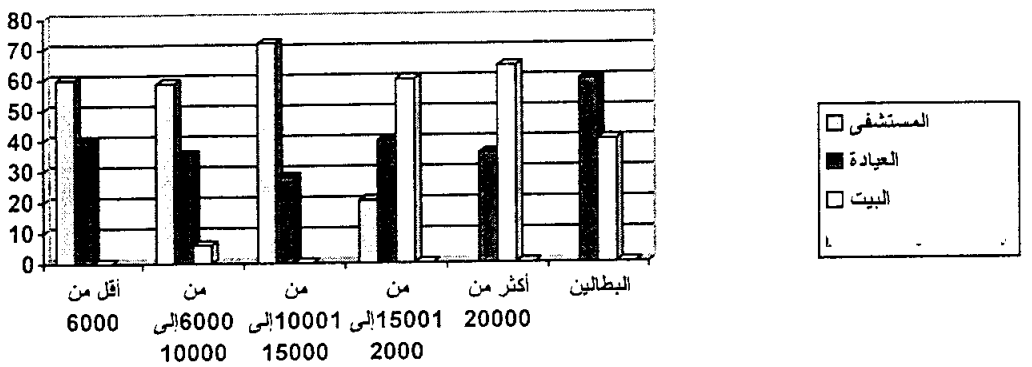
أما الأمهات اللواتي لم يتبعن حملهن بالرغم أنهن ينتمين إلى فئة المرتب الشهري لأكثر من 20000 دج، بالرغم من أنهن ذوات المستوى التعليمي العالي مدرسة، مهندسة، فتفسر عدم المتابعة إلى نشاط المهني، وعدم وجود الوقت اللازم و الكافي لمتابعة الصحية بحيث صرحت إحداهن أنها لا تملك الوقت الكافي للمتابعة الصحية " ما عنديش الوقت باش نروح أتتبع حملي على خطرش نخدم" .

ونستنتج من خلال هذا الجدول أن الظروف المالية الصعبة والظروف المعيشية هي التي تترك الأمهات لا يتبعن حملهن ضيف إلى ذلك نتائج الوخيمة للتسريح العمال من طرف المؤسسات الوطنية على صحة الأم والطفل الرضيع.

الجدول (54) يبين توزيع وفيات الأطفال حسب الدخل الشهري ومكان الولادة.

مكان الولادة / الدخل الشهري	المستشفى	العيادة	البيت	المجموع
أقل من 6000 دج	3 60.0	2 40.0	–	5 100
من 6000 إلى 10000دج	10 58.82	6 35.29	1 5.88	17 100
من10001 إلى 15000 دج	18 72.0	7 28.0	–	25 100
من15001 إلى 20000 دج	4 40.0	6 60.0	–	10 100
أكثر من 20000	5 35.71	9 64.28	–	14 100
بطالين	3 60.0	2 40.0	–	5 100
المجموع	43 56.57	32 42.10	1 1.31	76 100

الشكل رقم (14) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الدخل الشهري للأسرة ومكان الولادة.



يتبين لنا من خلال الجدول رقم (54) و الشكل (14) أن هناك علاقة طردية ما بين الدخل الشهري للأسرة ومكان الولادة.

بحيث يتضح أنه كلما انخفض الدخل الشهري للأسرة تلجئ الأمهات إلى المستشفى، وكلما ارتفع الدخل الشهري للأسرة الأمهات تلجئن إلى العيادات الخاصة والعمومية.

إذ نجد أن الأزواج البطالين (مسرحين) الأمهات تلدن في المستشفى نسبة 60.0% و 60.0% عند الدخل الأسري الذي هو اقل من 6000 دج، ثم تنخفض هذه النسبة إلى 35.71% عند فئة الدخل أكثر من 000 20 دج.

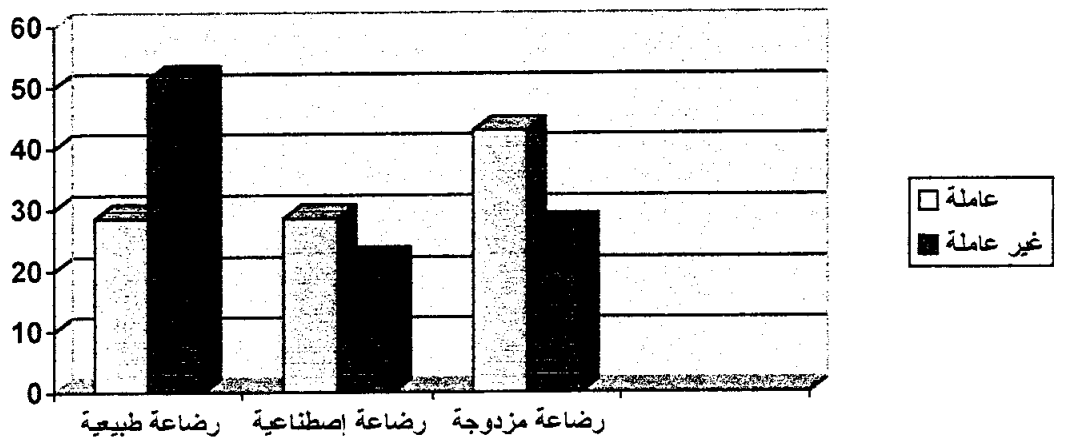
في حين نجد أن الدخل الأسري أكثر من 20.000 دج تلد الأمهات في العيادة بالنسبة 64.28% و 60.0% تمثل نسبة تلك الفئة التي دخلها الشهري هو ما بين 15000 و 20000 دج وتنخفض هذه السنة إلى 28.0 % عند فئة الشهري الأسرة 10001-15000 دج .

يمكن تفسير لجوء هؤلاء الأمهات إلى المستشفيات عوضا من العيادات الخاصة إلى الظروف المالية الصعبة أي انخفاض الراتب الشهري لأزواجهن من جهة وكذا مجانية العلاج في القطاع الصحي من جهة أخرى.

الجدول رقم (55) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب النشاط المهني للأمهات ونوعية الرضاعة.

نوعية الرضاعة / النشاط المهني	رضاعة طبيعية	رضاعة اصطناعية	رضاعة مزدوجة	المجمـــوع
عـــامـــلـــة	2 28.57	2 28.57	3 42.85	7 100
غيـــر عامـــلة	19 51.35	8 21.62	10 27.02	37 100
الـــمـــجموع	21 47.72	10 22.72	13 29.54	44 100

الشكل رقم (15) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب النشاط المهني للأمهات و نوعية الرضاعة



من خلال نتائج الدراسة ربط الحالة المهنية للأم ونوعية الرضاعة. ففـــي أول وهلة تبين لنا من خلال الجدول والشكل أن الرضاعة الطبيعية أقل اســتعمالا عند النساء أو الأمهات العاملات عن الأمهات اللواتي لا يمارسن أي نشاط مـهني، بحيث قدرت النسبة عند الأمهات العاملات بـــ 28.57 % أمـــا غـــير العـــاملات فقدرت 51.35%.

أما نمط الرضاعة الاصطناعية فنجد العكس، فأكبر نسبة نجدها عند الأمهات العاملات بحيث قدرت بـ 28.57% بالمقابل نجد نسبة أقل عند الأمهات اللواتي لا يمارسن، أي نشاط مهني قدرت 21.62% ومن العوامل المفسرة لذلك أن الأمهات العاملات عند نهاية عطلة الأمومة يتوجهن إلى الرضاعة الاصطناعية لأن الأمهات عن عودتهن إلى المنزل تكون مرهقة نظر لعملها طيلة اليوم، ولأنهن لا يملكنا الوقت الكافي لتأدية هذا النوع من الرضاعة (طبيعية). فعند عودتها إلى المنزل بجيب أن ترعى حاجيات زوجها في كل شيء حتى لو كان ذلك على حسب نفسها.

ونجد النمط الأخير أي الرضاعة المزدوجة أكثر استعمالا عند الأمهات اللواتي يمارسن نشاط معين، بحيث قدرت النسبة بـ 42.85 % وهذا راجع لتعب المرأة أو الأم عند عودتها المنزل فهي لا تعوض الرضاعة الضائعة ويمكن الإضافة أيضا سبب أخر هو قصر عطلة الأمومة، وبعد مكان العمل عن المنزل، فحتى إذا أعطيت لها رخصة للخروج ساعتين لكي ترضعن فهي غير كافية وهذا بسبب عدم توفر وسائل النقل ، ويمكن أن يرجع ذلك إلى عدم توفير وسائل النقل، وبالمقابل نجد نسبة ضئيلة عند الأمهات اللواتي لا يمارسن نشاط مهني فقدرت بـ 27.02% و لا نستطيع تنافي تلك النسب في نمط الرضاعة الاصطناعية والمختلطة عند الأمهات اللواتي لا يمارسن أي نشاط يرجع ذلك إلى الأسباب الصحية ونفسية وذلك حسب تصريحات بعض الأمهات المبحوثات ويمكننا أن نضيف دلالة أخرى توصلنا إليها من خلال البحث والمقابلات مع الأمهات، هو أن الطفل الذي يرضع من الثدي يقيد الأم ولا تكون لها فرصة للخروج بحرية، وأيضا لا تعرف وقت الراحة بسبب الطلب المستمر للإرضاع خاصة في الشهور الأولى من الحياة.

وفي هذا الصدد قمنا بحساب اختبار كاي التربيع ليرسون. المقدر بـ 30.64% وبالرجوع إلى جدول كاي التربيع أمام درجة الحرية (2) نجد القيمة

الجدولية عند مستوى المعنوي 0.05 بـ 5.991 ويعني ذلك أنه يوجد فرق جوهري بين نوع الحليب المعطى للأطفال والحالة المهنية للأمهات[1].

فنستنتج من خلال هذا الجدول أن المستوى التعليمي للأمهات يمنح لهن الفرصة للعمل وأن جل الأمهات بعد عطلة الأمومة يتوجهن إلى الرضاعة الاصطناعية والرضاعة المختلطة، بمعنى إعطائهن للحليب الطبيعي متواجد بنسبة ضئيلة رغم أنهن يدركن أن لرضاعة الطبيعية محاسن وفوائد صحية الكبيرة.

فكون الأمهات (الأم) تعمل خارج البيت، أدى إلى تعويض الأم الحليب الاصطناعي، لأن عند عودتها إلى المنزل تكون مرهقة نظرا لعملها طيلة اليوم والمرأة العاملة لا تملك بالوقت الكافي لتأدية هذا النوع من الرضاعة. فعند عودتها إلى المنزل بحيث أنها ترعى حاجيات زوجها وترعاه في كل شيء حتى لو كان ذلك على حساب نفسها وأطفالها فتهمل هذا الأخير مما يؤدى إلى نقص مدة الرضاعة الطبيعية.

أما بالنسبة للأمهات الماكثات بالبيت لا تمارسن كلهن الرضاعة الطبيعية، بل تلجأ إلى الرضاعة الاصطناعية، وهذا نظر لوجود عوامل نفسية واجتماعية ومرضية تودي بالأم إلى استعمال بدائل لحليبها.

---

[1] أنظر إلى الطريقة الحسابية لكاي التربيع في الملحق رقم (3)

خلاصة و استنتاجات

- تبين لنا من خلال نتائج البحث أن أغلبية الساحقة من الأمهات اللواتي فقدن مولودين قبل إتمام السنة من العمل، لديهن مرحاض بنسبة 94.73 % وحمام بنسبة 68.42 والكهرباء بنسبة 97.36 % و 69.73 % عندهن غاز في المنزل. أما اللواتي ليس لديهن مرحاض فقدر نسبة بـ 5.26 % و31.37 % ليس لديهن حمام و 2.63 ليس لديهن كهرباء و 30.26 % الغاز.

- كما توصلنا إلى أن أغلبية الأسر تسكن في شقة داخل عمارة بنسبة 53.94 % وتليها فيلا نسبة 51.57 % وحوش به منزل بنسبة 10.52 وبيت قصديري بنسبة 3.94 %، كما تبين أن أغلبيتهن لديهن 3 إلى 4 غرف في المسكن في شقة بنسبة 68.29 %، فمتوسط عدد الأشخاص في غرفة يقدر بـ 6.8 شخص في غرفة.

- يتضح من خلال نتائج التحقيق أن أغلبية الأسر يتراوح دخلهن ما بين 10001 دينار إلى 15000 دينار بنسبة 35.21% و 23.94 % عند الفئة 6000 إلى10000 دينار، كما تبين أن هناك 6.57% من الأسر أزوجهن بطالين مسرحين من طرف مؤسساتهم..

- اتضح أن هناك علاقة بين الدخل الشهري للأسرة والمتابعة الصحية للأمهات أثناء فترة الحمل حيث اتضح الأمهات الأزواج البطالين (مسرحين) لم يتبعن حملين بنسبة 80.0 % و 60.0 % عند الدخل أقل من 6000 دينار واللواتي اتبعن حملين تبين أن الدخل الأسرة يتراوح ما بين 15001 إلى 2000 دينار بنسبة 90.71 % و 96.0 % عند الفئة التي تتراوح ما بين 10001 إلى 15000 دينار.

- كما تبين أن الأمهات ذوي الدخل المنخفض لدى الأسر يلجأن إلى المستشفيات للقيام بعملية الولادة، أما الأمهات دوي الدخل المرتفع لدى السر فيلدن في العيادة الطبية الخاصة أو العمومية، بنسبة 60.0% عند الأمهات ذوي الدخل

المنخفض أقل من 6000 دينـــــار، أما الأمهات اللواتي يلدن في العيادة الخاصـــة أو العمومية بنسبة 64.28 %.

- إن المستوى التعليمي للأم يؤدي إلى تغير في رأيها وسلوكها ويتح لـــها فرصة العمل خارج البيت بحيث يحمل العمل معنى التحرر والاســـتقلال الذاتـــي بالنسبة لها. مما يؤدي إلى تعويض الرضاعة الطبيعية بالرضاعة الاصطناعيـــة. لأن المرأة (الأم) العاملة لا تستطيع التوافيق بين العمل خارج البيـــت والاعتنـــاء الكامل بأطفالها، ويرجع هذا ضيق الوقت واكتظاظ برنامجـــها اليومـــي، وعنـــد عودتها تكون مرهقة وبهذا لا تستطيع تكريس الوقت الكافي للاهتمـــام بـــالرضيع وهنا تلجأ إلى الطريقة السهلة والعملية في نظرها ألا وهي الرضاعة الاصطناعية.

1- صحة الأم:

- *أثر سن الأمهات على المتابعة الصحية أثناء الحمل*
- *أثر سن الأمهات على ونوعية الولادة*
- *أثر سن الأمهات على نوعية الرضاعة*
- *أثر سن الأمهات على عدد الأطفال (الرتبة المتوفى)*
- *أثر رتبة المتوفى على المتابعة الصحية*
- *أثر رتبة المتوفى على نوعية الرضاعة*

2- صحة الرضيع:

- *أثر سن الرضيع على الجنس*
- *أثر المتابعة الصحية على الوزن الرضيع*
- *أثر الوزن عند الولادة على نوعية الولادة*
- *أثر السوابق الطبية للأمهات على الوزن الرضيع*

الاستنتاجات

أ- **صحة الأم :**

تعتبر العناية بصحة الأم و الطفل من أهم الإنشغالات العالمية على رأسها المنظمة العالمية للصحة ، و منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) ، وعدة الباحثين وأطباء في علم النفس واختصاصيين في الاجتماع ...

إن الحكومة الجزائرية اهتمت بدورها بصحة الأم و الطفل و تبين ذلك من خلال المسوحات التي تمت على مستوى التراب الوطني ، و هذا من أجل السعي إلى تحسين صحة الأم و الطفل و توفير كل الشروط الصحية اللازمة لمتابعة الحمل و ما بعد الوضع ، و قد أكد في هذا السياق " الدكتور دريس معمري " على ضرورة الحفاظ على صحة الأم و الطفل معا و عليه لا بد من إعداد إستراتيجية لتربية الصحية بالأم و الطفل للحد من وفيات المتعلقة بالأطفال الرضع و الأمهات كما واجب كل أم حامل أن تخضع لاختبارات طبية منتظمة منذ الأيام الأولى من الحمل و هذا ما يسمح للطبيب تشخيص بعض التعقيدات التي قد تعترض الحمل، فالعناية الصحية الخاص بالأم ترتكز أساسا على احترام القواعد الضرورية للصحة الخاصة بالوسط الذي تعيش فيه الأم .

و تقتضي الرعاية الصحية و التثقيف الصحي إعداد الأم نفسيا و عقليا لوضع حملها في ظروف حسنة و مناسبة . وأضف إلى ذلك بفضل التحقيق الاجتماعي الصحي للأم يمكننا من أن تقي الرضيع و صحته من الأمراض المعدية و أثناء هذه المرحلة بالذات تعتمد الرعاية الصحية على ضرورة إرضاع الطفل رضاعة طبيعية ، وتفادى الرضاعة الاصطناعية في الأشهر الأولى من عمر الرضيع ... و قد خصصنا بعض الأسئلة بصحة الأم في هذا الصدد حول مدى متابعة الأم لحملها و ما هي الجهة المختارة في المتابعة، و هل أصيبت بمرض أثناء فترة الحمل ، و سألنها كذلك عن السوابق الولادية (عدد الإجهاضات ، هل وضعت أطفالا متوفين ، و عن المدة بين الولادتين الأخريين، و عن الظروف عملية الولادة ...).

سألنا الأمهات عن المدة الزمنية بين الولادتين الأخريين ، فتبين من خلال نتائج التحقيق أن نسبة 21.05 % من الولادات هي ذات الولادة الأولى .

أما عن نسبة أقل من 9 أشهر فقدرت بـ 17.10 % و 14.17 % لفترة سنة واحدة و 13.50 % للسنتان ، أما الفترة ما بين 3 و 4 سنوات فتصل نسبتها بـ 18.42 % و الفترة أكثر من 5 سنوات بين الولادتين الأخريين فوصلت نسبتها بـ 15.78 % يمكن تفسير ذلك حسب ما أشارت إليه الدراسات أنه إذ قلت المدة الفاصلة بين الولادتين عن 18 شهر لها دور هام في تحديد الحالة الصحية للمولود عند الولادة، و هذا ما تبين من خلال نتائج التحقيق بنسبة 31.27 % من مجموع الوفيات، و يرجع ذلك إلى استقبال الجسم لاستعادة قواها بعد فترة الحمل و الولادة و إلى تعويض ما استنزفه من مخزن قبل الحمل جديد قبل أن يسترجع التكوين الجسماني للمرأة قوتها التي استنفادها في الحمل السابق .

أما إذا ازدادت الفترة الزمنية بين الولادتين الأخريين أكثر من 3 سنوات فهذا يشكل احتمال كبير للوفاة الرضيع ، و هذا ما تبين من خلال نتائج الحمل إذ قدرت نسبة المدة الزمانية بين الولادتين الأخيرتين أكثر من 4 سنوات بـ 34.2 % فتبين من خلال الدراسات أن المواليد ذات الترتيب العالية سوف تزد النساء في أعمار كبيرة ، و هو أيضا من العوامل الغير ملائمة كما هو الحال عندما تكون الفترة قصيرة .

و سألنا الأمهات خلال حياتهن الإنجابية هل إجهاض ، فاتضح من خلال نتائج التحقيق و من خلال استجواب الأمهات و مقابلتهن ، أن 28.94 % قد أجهضت أي (22 من بين 76) ، و الجدول رقم (٩) في الملحق، يبين لنا عدد الإجهاضات الأمهات خلال حياتهن الإنجابية .

فمن خلال الجدول رقم (٩) في الملحق تبين أن اللواتي لديهن إجهاض واحد خلال فترة الحمل قدرت نسبتها بـ 59.09 و 27.25 % اللواتي لديهن إجهاضان، أما اللواتي لديهن 3 إجهاضات تتمثل نسبتها بـ 4.54 % أما البقية من الأمهات اللواتي لديهن 4 إجهاضات فأكثر قدرت نسبتها بـ 9.09 % فتبين الدراسات أن مواليد الأمهات اللواتي لديهن وفاة أو تعرضن إلى إجهاض أو فقدان مواليدهن خلال الأسبوع الأول من الحياة يكونون أكثر عرضة للوفاة ، و يمكن تفسير ذلك أن معظمهن يفرطن في القيام بالأعمال المنزلية و لكن هناك من يمارسن مهنة مرهقة سواء كانت هذه الأعمال داخل البيت كالخياطة أو الحلاقة

أو خارجها كمهنة التدريس الذي يتطلب مجهودات كبيرة ، كما صرحت إحدى المبحوثات لنا بالرغم من الإرشادات الطبية التي توجب عليها بالراحة ، وعدم بدل مجهودات إلا أن عملها كخياطة كان يفرض عليها الجلوس أمام آلة الخياطة ساعات طويلة لمساعدة زوجها ذوي الدخل البسيط .

أضف إلى ذلك أن ضمن من يعيش في البيت مستقل عن عائلة الزوج أي تعيش مع الزوج و الأبناء بحيث تكثر عليها المسؤوليات ، في حين البعض الأخر من يعيش مع عائلة الزوج فهي مجبرة على المبالغة في العمل ، هذا ما صرحت به لنا إحدى المبحوثات التي تسكن مع أهل زوجها و تعمل كمدرسة في الثانوية، فهي مجبرة على تلبية حاجيات البيت الزوج و الأبناء من جهة و حاجيات كل أفراد عائلة الزوج من جهة أخرى ، إضافة إلى ذلك تبدل جهود خارج البيت في الثانوية إذ أن عملها كمدرسة يفرض عليها الوقوف ساعات طويلة .

و سألنا الأمهات خلال فترتهن الإنجابية هل لديهن أطفال توفوا قبل إتمام السنة من العمر ، فتبين من خلال الجدول رقم (3) [1] فتبين من خلال نتائج التحقيق ، أن الأمهات المستجوبات صرحنا بتعرض أطفالهن للوفاة قبل إتمام سنة من العمر و ذلك بنسبة 26.31% ، بالمقابل نجد (56 من بين 76) لم يتعرض أطفالهن خلال حياتهن الإنجابية إلى الوفاة إتمام سنة من العمر و ذلك بنسبة 73.68 % من مجموع المستجوبات .

سألنا الأمهات عن ما إذا أصبن بمرض خلال فترة الحمل الأخيرة فتبين من خلال نتائج التحقيق أن أكثر من نصف الأمهات و بالضبط 51.31 % بمعنى 39 من بين 76 من لم يصبن بمرض أثناء فترة الحمل و البقية 48.68 % صرحن بأنهن أصبن بمرض أثناء فترة الحمل (37 من بين 76) .

قيما يخص المجموعة التي أصبت بمرض كما هو موضح في الجدول رقم(4) [2] أن أكثر من النصف بمعنى 54.05 % من الأمهات اللاتي أصبن بالأمراض متعلقة بالدم (ارتفاع ضغط الدم ، فقر الدم) و بنسبة 16.21 منهن أصبت بالأمراض المزمنة (كمرض الربو ، السكر ، و القلب) خلال فترة الحمل و تمثل بالحمى بـ 13.51 % و الأمراض الخاصة بالجهاز التناسلي

---

[1] أنظر الجدول في الملحق رقم (3)

[2] أنظر إلى الملحق الجدول رقم 4

بـــ 8.10 % ، أما البقية فأصبن بأمراض أخرى بنسبة 8.10 % مـــن مجمـــوع الأمهات المصابات بمرض أثناء فترة الحمل .

في هذا الصدد أشارت بعض الدراسات أن تعرض الأمهات بكـــثرة إلـــى الأمراض أثناء فترة الحمل تؤدي إلى زيادة احتمال خطر فقدان الرضيع في أيامـــه الأولى فمن المعروف عند الأطباء و المختصين في مجال الطبـــي ، أن تعـــرض المرأة إلى عدد من الأمراض أثناء فترة الحمل يؤدي إلى أرتفع معدل الوفيات بين الأطفال الرضع فأمهات المصابات بالأمراض المتعلقة بالدم يؤدي إلى ولادة الطفل بوزن ضعف و منخفض وكذلك الأمراض الجهاز التناسلي تؤدي إلى ولادة الجنين ميتا، أو ولادة الجنين مبكر مبتسر .

جدول رقم (56) يبين تأثير القرابة الزوجية على صحة الرضيع

القربة الزوجية	التكرارات	النسبة %
نعم	**29**	**38.15**
لا	**47**	**61.84**
المجموع	**76**	**100**

يوضح الاتجاه العام لإجابات المبحوثات المحددة لتوزيع وفيـــات الأطفـــال الرضع حسب قرابة الزوجية إلى انتقاء وجه العلاقة بين قرابة الأبوين و وفيـــات الرضع ، بحيث أجابت المبحوثات بنسبة تقدر بـــ 61.84 % و 38.15 % بنسبة اللواتي لديهن علاقة مع أزواجهن و يرجع السبب في ذلك حسب رأينـــا إلـــى أن عينة دراستنا لا تشمل قرابة من الدرجة الأولى (24.13 %) من مجموع اللواتي لديهن قرابة مع أزوجهن ، 11 من 29 حالة .

و تظهر نتائج الدراسة التي قام بـــها " CENEAP " حـــول المجتمـــع الجزائري بأن الأغلبية الكبرى من المتزوجات لديهن قرابة مع أزوجهن (88 %) منها 28 % متزوجات مع أبناء العم من الدرجة الأولى فالزواج مع الأقرباء نجده عليا في المناطق الريفية أكثر منها في المناطق الحضرية و هذا ما أثبتـــه نتـــائج بحثنا في المنطقة الحضرية [1] .

---

[1] CENEAP : population societe et développement en Alger , opcit, P 34.

بحيث نلاحظ في المدة الأخيرة أن نسبة الزواج القرابـــي تراجـــع عـــرف انخفاض محسوس عند المتزوجات الجدد و النساء المتعلمات، إلا أن الأمـــــراض الوراثية مازالت مرتفعة ، وهذا ما يـــؤدي إلى وفاة الأطفال الرضع شلل الأطفال أو وفاتهم.

من خلال ما سبق يمكن أن نستخرج النقاط التالية من دراستنا :

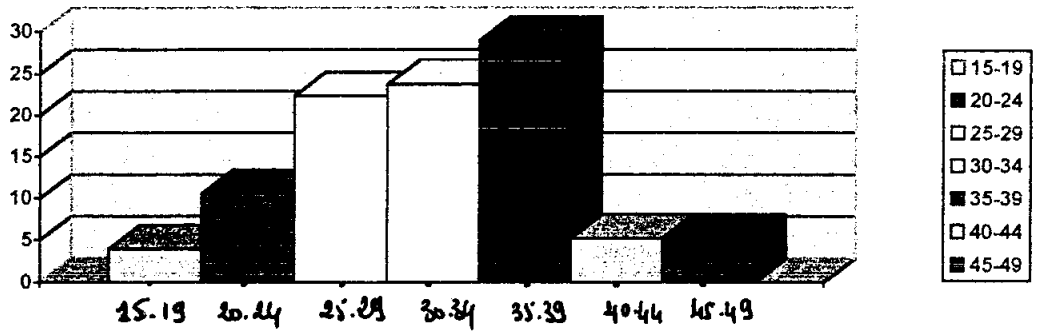
1- أن القرابة الزوجية لا تؤثر بصفة كاملة على وفيات الأطفال الرضع ما لم تكن من الدرجة الأولى .

2- أن وفيات الرضع تتأثر بعوامل أخرى كالســـن ، المتابعـــة الصحيـــة للأمهات ...

الجدول (57) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب

سن الأم عند الإنجاب	التكرارات	النسبة
15 - 19	3	3.94
20 - 24	8	10.52
25 - 29	17	22.36
30 - 34	18	23.68
35 - 39	22	28.94
40 - 44	4	5.26
45 - 49	4	5.26
المجموع	76	100

الشكل رقم (16) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب.



يبين لنا من خلال الجدول و الشكل وجود علاقة طردية بين سن الأم عند الإنجاب و وفيات الأطفال الرضع ، و ذلك في الفئات العمرية الخمسة الأولى حيث كانت نسبة في الفئة العمرية (15 – 19 سنة) تقدر بـ 3.94 % ، ثم ارتفعت هذه النسبة إلى 10.52 % في الفئة العمرية (20 – 24 سنة) ، في حين بلغت 22.36 % في الفئة (25 – 29 سنة) لتبقى في الارتفاع عند الفئة العمرية (30 – 35 سنة) ، و التي تقدر بـ 23.68 % ، في حين بلغت كذلك 28.94 % في الفئة (30 – 39 سنة) ، التي تعتبر أكبر نسبة لوفيات الرضع، لجميع فئات الأعمار الأمهات ، و هذا ما تم تأكيده أيضا من خلال حساب المنوال الذي قدر بـ 35.9 [1] أي في منتصف الفئة (35 – 39 سنة) .

فلاحظ إذن أن سن الأم عند الإنجاب له دور في وفيات الأطفال الرضع خاصة اللواتي تتراوح أعمارهن بين(15 – 19 سنة)، و اللاتي غالبا ما يضعن مولدهن الأول في هذا السن ، و بالتالي فإن احتمال أن يكون الحمل عسيرا ، أو لا تكون لهن تجربة مسبقة في الولادة و لا بعدها (أي أثناء تربية المولود) ، كذلك قد يعود ذلك إلى عدم النضج الكامل للجهاز التناسلي للمرأة . و هذا ما قد يفسر الوفيات في هذه الفئة العمرية كذلك .

أما ارتفاع المستمر في الوفيات في الفئات العمرية (20 – 24 سنة) (25 – 29 سنة) و (30 – 34 سنة) و (35 – 39 سنة) . قد تعود إلى الولادة قبل الأوان المرتبطة بالحالة الصحية للأم أثناء الحمل ، كالجهد الذي تبذله

[1] أنظر إلى طريقة حساب المنوال في الصفحة 133 .

المرأة الحامل ، و عدم خضوعها للمتابعة الصحية المستمرة أثناء الحمل ، أو يعود إلى سوء الحالة الغذائية للحامل و الذي له ارتباط في معظم الحالات بتدهور الحالة المعيشية .

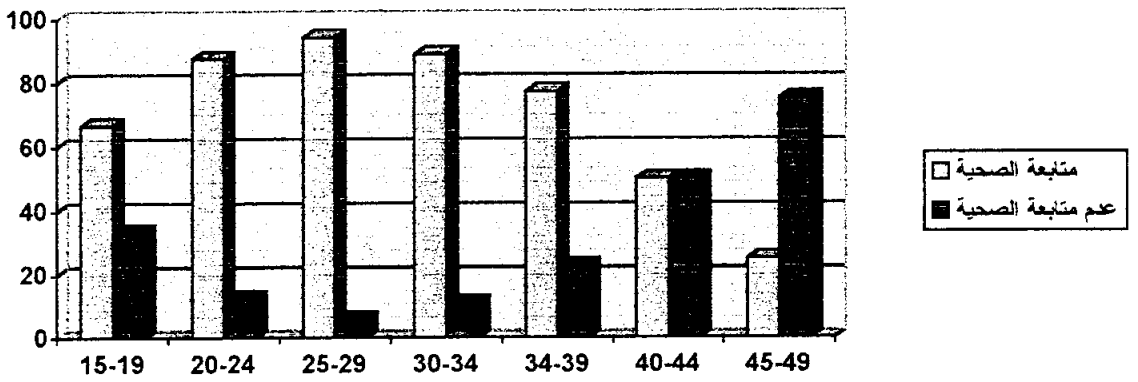
في حين نلاحظ في الفئات العمرية (40 – 44 سنة) إلى (45 – 49 سنة) و جود علاقة عكسية بين هذين المتغيرين (سن الأم عند الإنجاب و وفيات الأطفال الرضع) ، أي كلما ارتفع سن الأم انخفض معدل الوفيات ، حيث كانت النسبة في الفئة العمرية (35 – 39 سنة) تمثل 28.94 % ، قد انخفضت هذه النسبة إلى 5.26 % في الفئتين العمريتين (40 – 44 سنة) و (45 – 49 سنة) قد ترجع إلى أخطار الحمل و الوضع الناتجة عن بعض التنبؤات التي تظهر في الجهاز التناسلي للمرأة، و هذا ما أكده لنا المختصون في الميدان ، أضف إلى ذلك أن النساء الحوامل في الفئة العمرية هذه لا تتحملن مشقة الحمل و لا مشقة الولادة ، لأن تكوينهن الفيزيولوجي يبدأ بالضعف إضافة إلى الحالة النفسية التي تكون فيها المرأة الحامل ، فإن أغلبية الأمهات في هذه الفترة تجد صعوبة في تربية مولودها الجديد ، و قد لا يتحصل الطفل بدوره على العناية و الرعاية الكاملة من طرف أمه ، و هذا ينعكس سلبا على سيرورة صحته و حياته أيضا و من هنا يتضح بأن العلاقة بين وفيات الأطفال الرضع و سن الأمهات عند الإنجاب ترجع إلى تأثير بعض العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و أن لم تكن أساسا بسبب تأثير العوامل الفيزيولوجية [1].

[1] وزارة الصحة و السكان ، الديوان الوطني للإحصائيات ، الجامعة العربية : المرجع السابق ، ص 36

الجدول رقم (58) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع سن الأمهات عند الإنجاب و عملية المتابعة الصحية أثناء الحمل

المتابعة الصحية / سن الأمهات عند الإنجاب	التكرارات		المجموع
	نعم	لا	
19 - 15	2 66.66	1 33.33	3 100
24 - 20	7 87.5	1 12.5	8 100
29 - 25	16 94.11	1 5.88	17 100
34 - 30	16 88.82	2 11.11	18 100
39 - 35	17 77.27	5 22.72	22 100
44 - 40	2 50.0	2 50.0	4 100
49 - 45	1 25.0	3 75.0	4 100
المجموع	61 80.26	15 19.73	76 100

الشكل رقم (17) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن أمهات عند الإنجاب والمتابعة الصحية



يظهر الرسم البياني رقم (17) المحدد لتأثير سن الأمهات المبحوثات على عملية المتابعة الصحية للحمل و المستخرج من الجدول رقم (58) أن الأمهات المبحوثات يمتلكنا خبرة في متابعة حملهن على العموم فالمنحني البياني المحدد للإجابات الأمهات المبحوثات الموافقة لمتابعة تنطلق من 66.66 % عند الأمهات الفئة العمرية (15 – 19 سنة) و تزداد إلى أن تصل 94.11 % عند الفئة العمرية (25 – 29 سنة) لتبدأ في الانخفاض إلى نسبة 88.88 % للأمهات في الفئة العمرية (30 – 35 سنة) لترتفع من جديد إلى نسبة 95.45 % إلى أن تصل إلى 75.0 % للفئتين العمريتين (40 – 44 سنة) و (45 – 49 سنة). ويرجع هذا التذبذب حسب رأينا إلى أن هذه الفئات العمرية تملك الخبرة الكافية محددة بالمجال السكاني .

أما الأمهات اللواتي أنجبن بدون المتابعة حملهن بـ 33.33 % تنحصر في الفئة (15 – 19 سنة) و هذا راجع لنقص الخبرة و التجربة المتعلقة بالحمل، و تنخفض هذه النسبة تدريجيا لتقف عند حدود 4.54 % و هذا راجع إلى الخبرة في الممارسة و المجال السكاني .

و لتدعيم هذا الطرح قمنا بإجراء اختبار كاي التربيع للبروسون حيث قدر كاي التربيع المحسوب بـ 13.61 و كاي التربيع الجدولي عند درجة الحرية 6 و نسبة الدلالة 0.05 بـ 12.59 [1].

[1] أنظر إلى الطريقة الحسابية في الملحق رقم (3)

و قد تبث اختبار كاي وجود علاقة إحصائية متساوية بـــ 13.61 أي وجـــود علاقة إحصائية بين المتغيرين سن الأمهات عند الإنجاب و المتابعة الصحية أثنـاء الحمل.

يبين الجدول رقم (59) توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب بين الأمهات عند الإنجاب و مكان الولادة .

مكان الولادة / سن الأمهات عند الإنجاب	المستشفى	العيادة	البيت	المجموع
19 - 15	2 **66.66**	1 **33.33**	-	3 **100**
24 - 20	3 **37.5**	5 **62.5**	-	8 **100**
29 - 25	9 **52.94**	8 **47.05**	-	17 **100**
34 - 30	11 **61.11**	7 **38.88**	-	18 **100**
39 - 35	16 **72.72**	6 **27.27**	-	22 **100**
44 - 40	1 **25.0**	3 **75.0**	-	4 **100**
49 - 45	1 **25.0**	2 **50.0**	1 **25.0**	4 **100**
المجموع	43 **56.57**	32 **42.10**	1 **1.31**	76 **100**

يوضح الاتجاه العام لإجابات الجدول المحدد للتوزيـــع وفيـات الأطفـال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب و مكان الولادة أو وسط الولادة إلـــى أن أغلبية الولادات حدثت في وسط صحي ، المستشفى بنسبة 56.57 % من مجموع الوفيات الرضـــــــع ، 42.10 % في العيادة سواء كانت تابعة للقطاع العـام أو الخاص ، أما الولادات التي حدثت في وسط الغير صحي (البيت) فنسبتها تقـدر بـــ 1.31 % و هذه النتائج التي تحصلن عليها من البحث تبيـــن ارتفـاع نسـبة

الولادات التي تمت في المستشفى أو عيادة التوليد ، لأن من الضروري إجراء الولادات في مكان مهيأ صحيا. وهذا لسلامة الولادة سواء على صحة الأم أو الطفل لأنه في بعض الأحيان تخضع الأم و الطفل إلى رعاية طبية مكثفة بعد الولادة خاصة في الولادات العسيرة أو الولادات المبتسرة (المبكرة) التي تحدث قبل أجلها وبالتالي ينصح الأطباء و القابلات الأمهات بإجراء الولادات في وسط صحي .

فبنسبة للولادات التي حدثت في مكان مهيأ صحيا و التي تمثل 98.67 % تؤكدها نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل (1988 – 1992) حيث 3/4 من الولادات حدثت في مستشفى حكومي أو خاص .

ففي فئة الأمهات (15 – 19 سنة) فإن نسبة الولادات التي حدثت في وسط صحي نجدها مرتفعة في المستشفى قدرت بـ 66.33 %، و العيادة التوليد بـ 33.33 %، هذا لأن النساء صغيرات السن يشهدان أول مولود ، فيلجأن إلى الولادات في وسط صحي لأن هؤلاء النساء ليست لهن خبرة الكافية و كذلك الخوف من مخاطر التي تنجر عن الولادة في البيت .

وكذلك الأمر بالنسبة للأمهات في الفئات العمرية (40 – 44 سنة) و(45 – 49 سنة) حيث أن نسبة الولادات ترتفع عند اللواتي تلدنا في المركز الصحي بنسبة 52.94 % و 61.11 % و 72.72 % و هذا راجع لأن الأمهات في هذا السن تكون الولادات ذات خطورة .

أما بالنسبة للأمهات في الفئات العمرية (40 – 44 سنة) و (45 – 49 سنة) حيث أن نسبة الولادات ترتفع عند اللواتي تلدنا في العيادة التوليد بنسبة 75.0 %، أما في الفئات العمرية (40 – 44 سنة) و (45 – 49 سنة) فنجد نسبتها تتراجع تراجع طفيفا لتمثيل 25.0 % من مجموع الولادات التي تمت في المستشفى أو الوسط الصحي لأنه في هذا العمر تصبح الأمهات في مرحلة تقريبا متقدمة في السن

(سن اليأس) يفقدان القوة الكافية لتصل مخاطر الحمل و الولادة ، فيلجأن إلى المستشفيات للولادة و هذا من أجل الحد من مخاطر التي قد تصيب الأم و الطفل .

و نلاحظ في العشرية الأخيرة في الجزائر تحسن الصحي و التطور الهياكل الصحية في الجزائر و قرب المستشفيات و المركز الصحية من المواطنين و التي تساعد حتى على سهولة الاتصال بها خاصة أثناء الولادة .

و بالرغم من التطور الصحي و الخدمات الصحية ، فإن بعض الأمـــــهات مازلنا متمسكـــــــات بالتقاليد الاجتماعية ، فإنهن يلدن في البيت بنســـــبة تقــدر بـــ1.31 % هذا ما صرحت به إحدى المبحوثات ، حيث أنجبت 12 مولود فـــي بيتها .

و هذا ما أكدتـــــه دراسة قامت به " CENEAP " المركز الوطني للدراسات و التحاليل من أجل التخطيط ، حيث تبين أنه يوجد تقريبا 20000 إمرأة تلدنا في البيت بدون رعاية صحية و 0.6 % تلدنا لوحدهن .

و تبين كذلك من نفس الدراسة أنه كلما ارتفع عدد المواليد الأحيـــاء كلمـــا ارتفعت الولادات في البيت .

الجدول رقم (60) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب و نوعية الولادة

نوعية الولادة / سن الأمهات	عادية	مبتسرة	ميتة	المجموع
19 - 15	2 **66.66**	1 **33.33**	-	3 **100**
24 - 20	5 **62.5**	3 **37.5**	-	8 **100**
29 - 25	12 **70.58**	4 **23.52**	1 **5.88**	17 **100**
34 - 30	7 **38.88**	5 **27.77**	6 **33.33**	18 **100**
39 - 35	13 **59.09**	8 **36.36**	1 **4.54**	22 **100**
44 - 40	1 **25.0**	3 **75.0**	- -	4 **100**
49 - 45	4 **100**	- —	- —	4 **100**
المجموع	44 **57.89**	24 **31.57**	8 **10.52**	76 **100**

يبين لنا من خلال الدراسة أن أغلبية الوفيات ولادتها عادية لتمثل 57.89 % من مجموع الوفيات الرضع ، لتأتي الولادات المبتسرة (المبكرة) بنسبة تقدر بـ 31.57 % أما الولادات الميتة فنسبتها 10.52 % من مجموع الوفيات .

فيما يخص الولادات المبتسرة (المبكرة) فنجد أنه كلما ارتفع سن الأمهات عند الإنجاب ترتفع النسبة باستثناء الفئتين العمريتين (25 – 29 سنة) بحيث تمثل الفئة العمرية (15 – 19 سنة) 33.33 % تليها الفئة العمرية في الفئة العمرية (20 – 24 سنة) بنسبة تقدر بـ 37.5 % و يعود إلى الانخفاض كما ذكرنا في

الفئة العمريـــة على الترتيـــــب بنسبة 23.52 % لتعود من جديد إلى ارتفـــاع بـــ 27.77 % حتى تصل نسبة إلى 75.0 % في الفئة العمرية (45 – 49 سنة).

و يمكن تفسير هذا الارتفاع في الولادات المبتسرة من فئة إلى أخرى إلـــى علل و أسباب مختلفة كالحالة الاجتماعية و المعايشة فالأم فـــي العائلـــة الفقـيرة المعوزة تكون على الغالب سيئة التغذية مصابة بفقر الـــدم و نســبة المصابـــات بمرض في الدم يمثل 27.02 % من خلال الدراسة الميدانية ، وهي كذلك لا تلتقي العناية الكافية أثناء الحمل و الولادة ، مما يتسبب في ظهور بعض النتائج الوخيمة كتكرار الإسقاط ولادة الخديج (المبكرة) ، ولادة الجنين ميتا و غير ذلك إضافة إلى ذلك إصابة الأمهات ببعض الأمراض التي تلحق بالأعضاء التناسلية و العديد مـن الأمراض الأخرى ، منها الحادة ، و مزمنة كالسل و الداء السكري بالإضافة كذلك إلى إصابتها بقصور مرض الوطأة في القلب ، و من خلال النتائج البحث وجدنـــا نسبة الأمهات المصابة بالأمراض المزمنة تمثل بـــ 12.04 %.

و يمكن تفسيـــر سبب ولادة المبتسرة إلى صغر سن الأم ، أو تقدم سن الأم أو متى أكترث من إنجاب الأولاد ، فإنه يحتمل أن تلد خديجا ، كما يولد الطفـــل قبل أوانه متى كان توأما ، أضف إلى ذلك أحيان يقرر الطبيب التبكير في التوليـد متى خشي على الأم و شعر بعد الفحص و التحقيق أنه معرض للموت إن يبقـــى في أحشاء أمه و هذا في الغالب عند ارتفاع ضعف الدم عند الأم و بلغـــت نســبة الأمهات المصابات و ذلك من خلال نتائج البحث الميداني بـــ 27.02 %، أو متى كان نمو الجنين بطئ [1].

أما الولادات الميتة ، فنجدها تنحصر في الفئة العمرية (30 – 34 ســـنة) لتمثل نسبة 33.33 % من مجموع الوفيات الرضـــع ، لتخفيـــض فـــي الفئتيـــن العمريتين على التوالي (25 – 29 سنة) و (24 – 35 سنة) بـــــ 5.88 % ، 4.54 % و يمكن تفسير ذلك إلى عدم عناية الأم بصحتها أثناء الحمل أضف إلى ذلك إصابة الأم بفقر الدم ، و يمكن تفسير شدة الوفيات الميتة في الفئـــة العمريـــة (25 – 39 سنة) إضافـــــة كما ذكرنا فإن في هذا السن تظهر مخاطر الحمـــل و الوضع ، بحيث أن هذه المخاطر تزداد كلما تقدم سن الأمهات ، و هذا راجـــع

---

[1] أميل خليل : دليل الطفل الطبي المرجع السابق ص 72

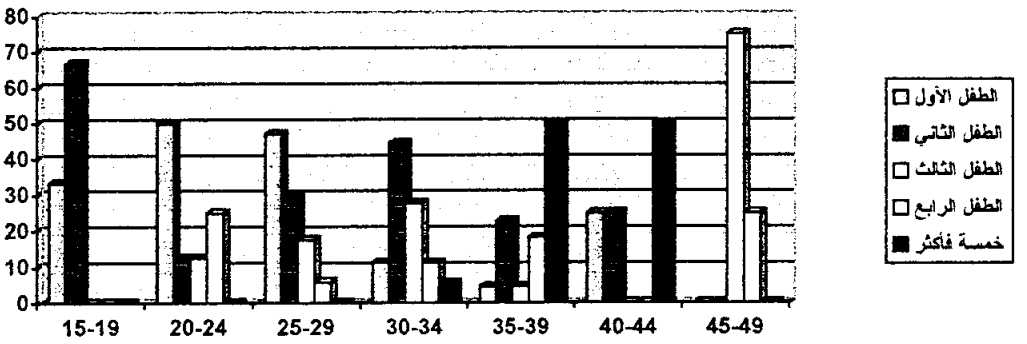
إلى الضعف البيولوجي و عدم تحملها أعراض الحمل . و بالتالي يؤثر سلبا على السيرورة الصحية للحمل .

بحيث تشير الدراسة التي قام بها المركز الوطني للدراسات و التحاليل من أجل تخطيط (CENEAP)، فتبين في المجتمع خلال هذا التحقيق أنه يوجد 1.2 % من الولادات الميتة من المجموع الولادات و الحوامل .

يبين الجدول رقم (61) : توزيع الوفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات ورتبة المولود المتوفى .

رتبة المولود / سن الأمهات	1	2	3	4	5 فأكثر	المجموع
19 - 15	1 33.33	2 66.66	–	–	–	3 100
24 - 20	4 50.0	1 12.5	1 12.5	2 25.0	–	8 100
29 - 25	8 47.05	5 29.41	3 17.64	1 5.88	–	17 100
34 - 30	2 11.11	8 44.44	5 27.77	2 11.11	1 5.55	18 100
39 - 35	1 4.54	5 22.72	1 4.54	4 18.18	11 50.0	22 100
44 - 40	1 25.0	1 25.0	–	–	2 50.0	4 100
49 - 45	–	– –	3 75.0	1 25.0	–	4 100
المجموع	17 22.36	22 28.94	13 17.10	10 13.15	14 18.42	76 100

الشكل رقم (18) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات ورتبة المولود المتوفى



من خلال الجدول والشكل رقم (18) يبين لنا أن أغلب المتوفين هم ذوي الرتبة الثانية لدى الأمهات اللاتي تقل أعمارهن عن 34 سنة حيث تبلغ نسبة المتوفين 44.44 % في الفئة العمرية (30 – 34 سنة) و بـ 29.41 % في الفئة العمرية (25 – 29 سنة) .

أما بالنسبة للفئة العمرية (40 – 44 سنة) ، فبلغت النسبة 22.72 % ، ثم تعود إلى الانخفاض بنسبة تقدر بـ 22.72 % ، في الفئة العمرية للأمهات (35 – 39 سنة) و تستمر في الانخفاض إلى 12.5 % في الفئة العمرية (20 – 24 سنة) ، أما الفئة العمرية (15 – 19 سنة) فإن المتوفين في هذه السنة هي كلها ولادات ذات الرتبة الثانية .

و الملاحظة الأخرى التي يمكن إبداءها أن نسبة كبيرة شكلتها نسبة المتوفين ذوى الرتبة الخامسة فأكثر لدى الأمهات اللاتي يفوق سنهن 35 سنة، حيث شكلت نسبة الوفيات لدى الفئتين العمريتين (35 – 39 سنة) و (40 – 44 سنة) بـ 50.0 % على التوالي .

كما نلاحظ أن في الفئة العمرية (40 – 44 سنة) بلغت نسبة الأطفال الرضع فيها 57.0% لرتبة الثانية.

ومن خلال هذه الملاحظات يمكن ارجع سبب الوفاة بالنسبة للأطفال الرضع عند النساء اللواتي يقل أعمارهن عن 30 سنة إلى رتبة المولود حيث أن احتمال الكبير للوفاة المولود الأول و الثاني ، اتفقت عليه الأبحاث و الدراسات .

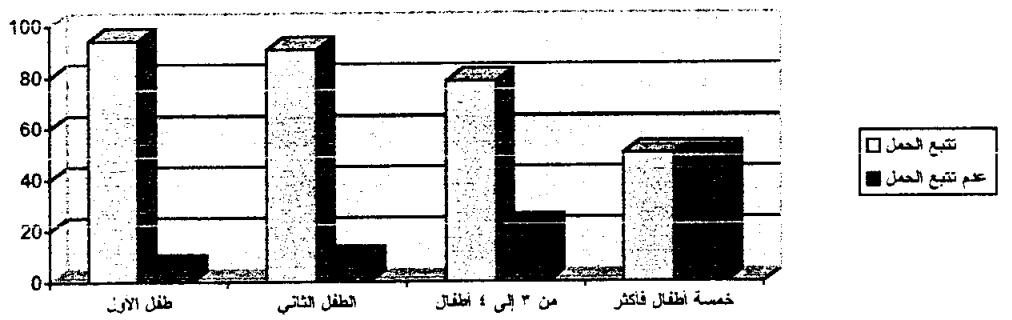
بمعنى أن سبب الوفاة هنا لا يتعلق بسن الأم أن هؤلاء النساء (الأمـــهات) في سن الإنجابي، أما فيما يخص الأمهات الأقل من 20 سنة ، فإن وفاة مواليدهن، يرجع إلى كون هؤلاء النساء ذوات مستوى التعليمي محدود وبالتالي ليـــس لـــهن دراية بكيفية التعامل مع المولود الجديد ومن جهة أخرى يرجع سبب دراسة بكيفية تعامل مع المولود الجديد و من جهة أخرى يرجع سبب وفاة مواليدهن إلى التكوين الجسمي الضعيف لهاته الأمهات إذ لا يزلن في سن المرهقة [1].

جدول رقم (62) يبين مدى تتبع الأمهات حملهن و عدد الأطفال لديهن .

مدى تتبع الحمل / عدد الأطفال	تتبع الحمل	عدم تتبع الحمل	المجموع
1	16 **94.11**	1 **5.88**	17 **100**
2	20 **90.70**	2 **9.0**	22 **100**
4 - 3	18 **78.26**	5 **21.73**	23 **100**
5 فأكثر	7 **50.0**	7 **50.0**	4 **100**
المجموع	61 **80.26**	15 **19.73**	76 **100**

[1] Ahmed AMRANE : Op. Cit . P .136 - 137

الشكل رقم (19) يبين مدى تتبع الأمهات حملهن وعدد الأطفال .



يتجلى لنا من خلال الجدول و الشكل رقم (19) أن الاتجاه العام متجه نحو المتابعة الصحية للأمهات أثناء الحمل و عدد أطفالهن يتجه نحو المتابعة بـ 80.26 % تمركزت النسبة عند الأمهات اللاتي لديهن الطفل الأول و الطفل الثاني بنسبة 90.90 % على التوالي. أما الأمهات اللواتي لديهن ما بين 3 – 4 أطفال إذ تصلن إلى 78.26 % في حين الأمهات اللواتي لديهن 5 أطفال فأكثر تقدر نسبتها بـ 50.0 % ، كما يوضح الجدول نفسه إلى أن نسبة اللواتي لم يتبعن حملهن بـ 19.73 % من مجموع المبحوثات ، اقتصرت عند اللواتي لديهن 5 أطفال فأكثر بـ 50.0 % لتخفيض عند اللواتي لديهن ما بين 3 – 4 أطفال بنسبة 21.73 % .

إذ تستنتج أن هناك علاقة طردية بين المتابعة الصحية للأمهات عند الحمل و عدد أطفالهن ، حيث كلما زاد عدد الأطفال انخفضت المتابعة من طرف الأمهات . أما بالنسبة لعلاقة بين عدم المتابعة الصحية للأمهات أثناء الحمل و عدد أطفالهن ، فنجدها عكسية ، كلما انخفض عدد أطفال الأمهات ، كلما زادت المتابعة الصحية أثناء الحمل للأمهات المستجوبات.

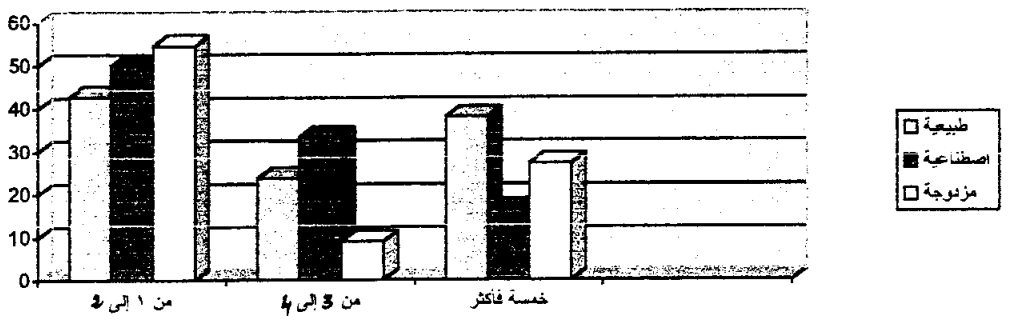
و يمكن تفسير ذلك أن الأمهات اللواتي لديهن أول حمل فإنهن يتبعنا حملهن خوف من مخاطر الحمل و الوضع ، و الكشف على التطورات الجنين أثناء فترة الحمل، و هذا لسلامة الولادة سواء على صحة الأم و الطفل لأن الأمهات ليست لهن الخبرة الكافية و مع ارتفاع عدد الأطفال تصبح الأمهات أكثر خبرة بالتالي ينقص الخوف من مخاطر الحمل والوضع .

وتشير الدراسات في هذا الصدد التي قامت بها وزارة الصحة و السكان حول صحة الأم الطفل لعام 1992 ، أن عدد المتابعة أو ضعف العناية بالحمل هما العائقين أمام تقليص الوفيات الأمهات و حديثي الولادة .

الجدول رقم (63) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نوعية الرضاعة و عدد أطفال الأمهات .

نوعية الرضاعة / عدد الأطفال	طبيعية	اصطناعية	مزدوجة	المجموع
2 - 1	9 42.85	5 23.80	8 38.09	21 100
4 - 3	6 50.0	4 33.33	2 16.66	12 100
5 فأكثر	6 54.54	1 9.09	3 27.27	11 100
المجموع	21 22.72	13 29.54	13 29.54	44 100

الشكل رقم (20) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نوعية الرضاعة وعدد الأطفال الأمهات



يتضح لنا من خلال الجدول و الشكل رقم (20) أن الأمهات اللاتي يلجأن الحليب الطبيعي والاصطناعي بمعنى الحليب المختلط بـ 29.54 % أغلبهن لهن ما بين 1 – 2 أطفال بنسبة 38.09 % في حين الأمهات اللاتي لديهن 5 أطفال و أكثر أقبلن أكثر من غيرهن على ممارسة الرضاعة الطبيعية بنسبة 54.54 % مقارنة مع اللاتي لديهن ما بين 1 – 2 طفل با 42.85 % (فرق مقدر بحوالي 12 نقطة) ولعل سبب الفوارق يعود إلى خبرتهن في تربية أطفالهن ، حيث تعد الخبرة أساس التعليم بالارتفاع عدد الأطفال لدى الأمهات تمكنت هذه الأخيرة من اكتساب اتجاها يميل أكثر إلى ممارسة الرضاعة طبيعية .

أما بنسبة لرضاعة الاصطناعي فقدرت بـ 22.72 % ارتفاع عند الأمهات اللاتي لديهن ما بين 3 – 4 طفل بنسبة 33.33 % مقارنة مع الأمهات اللاتي لديهن 5 أطفال و أكثر إذ تقدر النسبة بـ 9.09 % (فرق 24 نقطة) .

و حسب نتائج التحقيق و من خلال مقابلتنا للأمهات اللواتي فقدنا مواليدهن تبين لنا أن أكثر من نصف المستجوبات 61 % (27 من بين 44) من تعطين الحليب إلى أطفالهن حسب طلبه و 39 % (17 من بين 44) منهن من تعطين ذلك حسب الأوقات المحددة .

و في هذا الصدد يتضح إرضاع الطفل عندما يتطلب ذلك فإن البكاء الطفل لا يعني عادة أنه بحاجة إلى غداء قد يبكي لأنه بحاجة إلى أن يحمل ... .

و في الحقيقة تستطيع الأم التي لديها الخبرة أن تعرف سبب صياح الطفل سواء كان الجوع أو القلق أو المرض ... .

تكون أوقات الرضاعة عند الطفل الحديث الولادة تقريبا كل ساعتين (2 سا) أي بمعدل 10.8 رضعات في اليوم و الطفل البالغ من العمر شهر يحتاج إلى إرضاعه مرة كل ثلاثة ساعات ، أما الذي يبلغ عمره شهرين أو ثلاثة أشهر يحتاج إلى إرضاعه مرة كل أربعة ساعات .

جدول رقم (64) يوضح اتباع طرق منع الحمل حسب فئات أعمار للأمهات

إتباع طرق منع الحمل / فئات السن	تستعمل	لا تستعمل	المجموع
19 - 15	2 66.66	1 33.33	3 100
24 - 20	3 37.5	5 62.5	8 100
29 - 25	9 52.94	8 47.05	17 100
34 - 30	11 61.11	7 38.88	18 100
39 - 35	18 81.81	4 18.18	4 100
44 - 40	3 75.0	1 25.0	4 100
49 - 45	1 25.0	3 75.0	4 100
المجموع	47 61.84	29 38.15	76 100

نلاحظ من خلال الجدول أن 61.84 بالمائة من المبحوثات مهتمة بالموضوع خاصة بالنسبة للفئة التي تنحصر أعمارهن 35 – 39 سنة ، وهي الفئة التي مازالت في سن الإنجاب و تنعدم ذلك لدى الفئات الأخرى من 40 – 44 و 45 – 49 سنة و يبدو ذلك طبعيا سن اليأس وكما يعود ذلك إلى :

كون أن أغلب تلك الفئة تجاوزت سن الإنجاب ، أي هي في سن اليأس و نظرا كذلك لانعدام وسائل منع الحمل في وقتهن .

9- صحة الطفل :

يتطلب تحليل وفيات تحليلا شاملا لمعرفة الأسباب الخفية لهذه الوفيات حتى نستطيع التحكم فيها ، لأننا إذ لم نهدف سبب حـــدوث ظـاهرة مـا لا نسـتطيع معالجتها، فبمعالجة هذه الأسباب يمكن رفع المعاناة على كامل الأطفـال بتوفـير الخدمات الأساسية التي تضمن بقاءهم وسلامتهم خاصة الأطفال حديثـي الـولادة باعتبارهم أكثر عرضة للأمراض و الوفاة من حيث مناعتهم الطبيعيـة فبخـروج الطفل من الرحم تزول رضاعة أمه وتعوض بمناعة ينتجها هو نفسه و يكتسـبها مع مرور الوقت ، لكن قبل ذلك سوف يتعرض لتأثيرات داخلية و خارجية، وتغير من مجرى حياته وهو مازال بعد لم يبلغ عامه الأول ، لذلـك اهتمـت المنظمـة العالمية للصحة (OMS) ، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة "UNICEF" و الـهيئات الوصية في بلدنا كوزارة الصحة و السكان على وضع برامج و سياسة للمكافحـة وفيات الأطفال الرضع، كما هو معلوم كذلك أن الطفل منذ لحظة ولادته يحتـاج إلى عناية كافية إلى غداء جيد، وعدم إصابته بأية هامة ، وتعتبر الأم هي خير من تسهر على سلامته و حفظ صحته و من ترصد نموه و تطوره ، و لـهذا سـألنا الأمهات عن نوع المولود أي الجنس المتوفى عن وزنه عند الولادة هل خضع إلى إنعاش مباشرة بعد الولادة .

و كذلك هل أصيب بمرض وأثر إلى درجة ادخله إلى المركـز الصحـي، وفي الأخير سألنها عن مكان الذي حدث فيه وفاة الرضع ...

الجدول رقم (65):يبيّن توزيع وفيات الأطفال الرّضع حسب السّن و الجنس.

الجنس / السّن	ذكور	إناث	المجموع
0 - 6 أيّام تامّة	24 61.53	15 38.46	39 100
7 - 28 يوم تامّة	10 58.82	07 41.17	17 100
29-364يوم تامّة	08 40.00	12 60.00	20 100
المجموع	42 55.26	34 44.73	76 100

يمثّل الجدول رقم (65) توزيع 76 حالة وفاة دون السّنة و التي صدرت من المستشفيين مصطفى باشا و بني مسوس و الموزّعة حسب العمر عند الوفاة والجنس، و قد تبيّن لنا من خلال هذا الجدول ، أنّ أغلبية الوفيات هي وفيات الذّكور حيث تمثّل 55.26%من مجموع الوفيات الأقل من سنة والتّي تتوزّع بدورها حسب السّن عند الوفاة لتمثّل نسبة 61.53 % من مجموع وفيات الذّكور للفئة (0 - 6 أيّام) وهي تعتبر أعلى نسبة بالمقارنة مع وفيات الذّكور للفئات العمرية الأخرى

يعود هذا الارتفاع أساسا كون وفيات المواليد الجدد المبكرة (0 – 6 أيـــام) تمثل أعلى نسبة من مجموع الوفيات الأقل من سنة ، إذا نسبها 51.31 %، إضافة إلى ذلك فإن وفيات الذكور في هذه الفترة أكثر تعرضا لاحتمـــال الوفـــاة نظـــرا لطبيعية التأثير الذي تشكله أخطار الحمل والوضع ، و التي تؤثر بصورة كبـــيرة على جنس الذكر بسبب الضعف البيولوجي الذي يميزه ، نظرا لضعف المناعـــة للمولود الجديد أيضا .

أما بنسبة وفيات الذكور للفئة (7 – 28 يوم) فقد انخفضت مقارنة بوفيـــات فترة (0 – 6 أيام) لتمثل نسبة 58.82 % من مجموع وفيات الذكـــور ، كمـــا أن وفيات المواليد الجدد المتأخرة انخفضت مقارنة بوفيات المواليد الجـــدد المبكـــرة حيث بلغت نسبتها 40.0 % من مجموع الوفيات الأقل من سنة ، قد يعـــود هـــذا الانخفاض في وفيات الذكور لهذه الفئة العمرية لاكتساب الطفل الرضيع مناعة من أمه تحمية من أخطار الخارجية المتمثلة في الأمراض المعدية .

إلا أن هذه المناعة التي يكتسبها الطفل من أمه يتلاش مفعولها مع مـــرور الأسابيع الأولى لتجعله عرضة للأخطار الخارجية ، و ذلك مع بداية الشـــهر الأول من عمره .

هذا ما يفسره ارتفاع وفيات ما بعد المواليد الجدد (29 – 364 يوم) و التي تمثل 26.31 % من مجموع وفيات الأطفال الأقل من ســـنة ، و بالتـــالي ارتفـــاع وفيات الذكور في الفئة (29 – 364 يوم) حيث ارتفعت نســـبتها مقارنـــة بالفئـــة (7 – 28 يوم) إذ أصبحت تمثل 22.36 % من مجموع وفيات الذكور .

في حين قدرت نسبة وفيات الإناث 44.73 % من المجموع الكلي للوفيـــات و هي أقل مقارنة بجنس الذكور ، و تمثل نسبة وفيات الإناث للفترة (0 – 6 أيام) 38.46 % من مجموع وفيات الإناث ، وهي تشكل أدنى نسبة بين جميع الفئـــات العمرية ، لكنها تبقى منخفضة مقارنة بجنس الذكور و قـــد يفســـر ذلـــك بســـبب الضعف الذي يتميز به الذكور أثناء الولادة والذي ينسب إلى عوامل البيولوجيـــة بحثه.

بينما تشهد وفيات الإناث ارتفاع نسبي في الفترة (7 – 28 يـــوم) لتمثـل نسبتها 41.17 % من مجموع وفيات الإناث في هذه الفترة .

أما في الفترة (29 – 364 يوم) فقد ارتفعت نسبة وفيـات الإنـاث حيـث أصبحت تمثل 60.0 % وهذا ما يفسر ضعف مقاومة الإنـــاث ضـد الأخطـار الخارجية نظرا للحساسية المفروضة عند الأنثى .

اتضح لنا من خلال ما قدم أن جنس الذكر هو الأكثر عرضة للوفـاة مـن جنس الأنثى و يعود السبب الرئيسي إلى عوامل طبيـــة و بيولوجيـة ، و ليـس للعوامل الاجتماعية تأثيرا كبيرا على هذين المتغيرين .

الجدول رقم (66) توزيع الوفيات الرضع حسب الجنس المولود ووزنه عند الولادة

الجنس / الوزن عند الولادة	الذكور	الإناث	المجموع
أقل من 2500 كلغ	24 **60.0**	18 **40.0**	40 **100**
يساوي أو يفوق2500 كلغ	16 **44.44**	18 **50.0**	36 **100**
المجموع	42 **55.26**	34 **44.73**	76 **100**

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن نسبة الذكور المتوفين تفوق نسبة الإنـــاث المتوفيات و هذا بنسبة يمثل 55.26 بالمائة مقابل 44.76 بالمائة للإناث .

أما فيما يخص الوزن عند الولادة فإننا نلاحظ أن المتوفين بوزن منخفـض عند الجنسين بلغت 60.0 بالمائة للذكور مقابل 40.0 % بالمائة للإنـــاث ، أمـا بالنسبة للإناث فيبين لنا العكس بحيث نجد النسبة المتوفيات بوزن عـــادي تفـوق المتوفيات بوزن منخفض وهذا ما يمثل بنسبة 50.0 % للـوزن العـادي مقـابل 40.0 % بوزن منخفض .

و من خلال هذه الملاحظات يمكن تفسر تفوق نسبة الوفاة عند الذكور بعوامل بيولوجية بحثة، بحيث يضعف التكوين الجسمي لهم و ضعف جهازهم المناعي عند هذا السن .

فبالنسبة لنوع المولود عند الميلاد يتبين أن عدد الذكور يفوق دائما عدد الإناث فتأثير عامل الجنس على وفاة الطفل الرضع **كما** قاعدة عامة لا يرتبط بالأسباب الأخرى المؤدية للوفاة، فالمعروف عند الذكور في هذه المرحلة أن تكوينهم الجسماني أقل مقاومة لتأثير الأمراض المعدية من الأطفال الإناث [1].

كما يمكن تفسر سبب الوفاة عند كلا الجنسين بالوزن المنخفض عند الولادة يرجع ذلك إلى عوامل بيولوجية بحتة بحيث من المعروف عند الأطباء و الأخصائيين أنه ابتداء من الأسبوع العشرين من الحمل يزداد وزن الجنين من جنس الذكر بسرعة أكبر من زيادة وزن الجنين الأنثى و هذا الاختلاف في الوزن بقدر بـ 50غ عند الأسبوع الثاني و الثلاثين من الحمل و يصل هذا الاختلاف إلى 150غ عند الأسبوع الأربعين من الحمل أضف إلى هذه العوامل إصابة الأمهات بمرض أثناء فترة الحمل كمرض الضعف الشرايني، و أمراض القلب و كذلك مرض السكر و كذلك وجود خلل في تركيب الحبل السري الذي يعتبر همزة و صل بين الأم و الجنين ، فإن الأغذية التي تصل إلى الجنين تكون قليلة و نمو الجنين يكون بطيئا و بالتالي يكون وزنه عند الولادة منخفضا .

و من أسباب وفاة الجنين بوزن منخفض الإرهاق الجسدي و الحالة النفسية للأم أثناء الحمل و استعمال الأدوية في بعض الأحيان دون استشارة الطبية .

وفيما يخص علاقة الوزن الرضيع عند الولادة و نوعية الولادة اتضح من خلال نتائج التحقيق أنه يوجد علاقة و هذا ما يبرزه الجدول التالي:

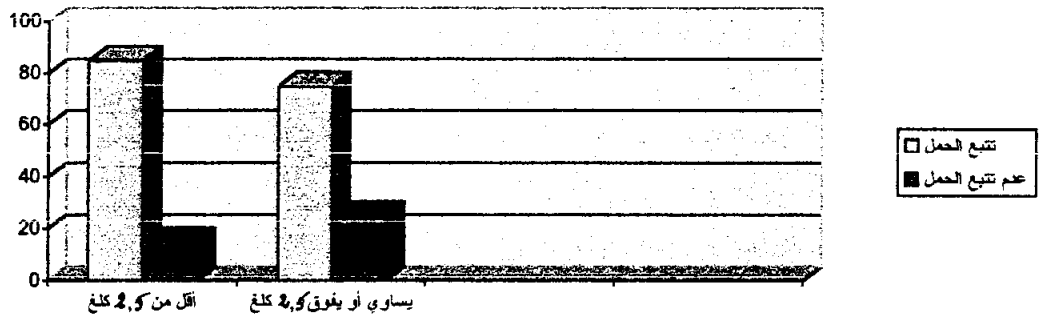
---

[1] مصطفى الشلقاني: الإحصاء السكاني والديموغرافي، المرجع السابق ص 172-173

الجدول رقم (67) يبين توزيع الوفيات الأطفال الرضع حسب المتابعة الصحية للأمهات أثناء الحمل و وزن الرضع عند الولادة .

المتابعة الصحية / الوزن عند الولادة	التكرارات		المجموع
	نعم	لا	
أقل من 2.500 كلغ	34 85.0	6 15.0	40 100
يساوي أويفوق 2.500 كلغ	27 75.0	9 25.0	36 100
المجموع	61 80.26	15 19.73	76 100

الشكل رقم (22) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المتابعة الصحية للأمهات أثناء الحمل و وزن الرضيع عند الولادة



نلاحظ من خلال الجدول و الشكل رقم (22) أن 80.26 % من الوفيات خاصة بأمهات قمن برعاية صحية أثناء الحمل ، و من بين الولادات المتوفية نلاحظ أن 85.0 % هي ذات وزن منخفض و بالمقابل نجد نسبة الولادات ذات الوزن العادي تقدر بـ 75.0 %.

و نلاحظ هنا أن الولادات ذات الوزن المنخفض للأمهات التي لم يتعبن حملهن تقدر نسبتها بـ 15.0 % و اللواتي تبعن حملهن بلغت نسبتها بـ 25.0 % ذات الوزن العادي .

و من خلال هذه الملاحظات و نتائج التحقيق يمكن إرجاع الوفيات الرضع التي حدثت للأمهات بالرغم أنهن يتبعن حملهن إلى كون هذه الولادات هي ذات

الرتبة الأولى أو العالية و إلى سن المتأخر للأم عند الإنجاب و ترجع كذلك إلى صحتها أثناء الحمل و الوضع ، كما ترجع كذلك إلى كون هذه الرعاية الصحية قد تمت متأخرة إذن الرعاية للحمل تتطلب توجه الأمهات أو المرأة الحامل إلى المراكز حماية الأمومة و الطفولة منذ الشهور الأولى من الحمل أربعة مرات على الأقل طول مدة الحمل فالأول عند الشهر الثالث من الحمل و الثانية عند الشهر الخامس و الثالثة عند الشهر السابع و الأخيرة عندما تبلغ مدة الحمل ثمانية أشهر و هذا في حالة ما إذا كانت الأمهات تتمتعن بحالة صحية جيدة ، أما إذا كانت مصابة بمرض ما مثل داء السكري أو مرض القلب ، أو فقر الدم و ارتفاع ضعف الدم ، و أصابتها بمرض في الجهاز التناسلي فعليهن أن يتوجهن إلى مركز حماية الأمومة و الطفولة مرة على الأقل كل شهر حيث تبين من خلال المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل أن نسبة النساء اللواتي تابعن حملهن بـ 573.3 % و تشير النتائج أن حوالي 40 % منهن قمن بمتابعة حملهن كون أن هذه المتابعة تمت في مركز حكومي و 57.4 % في مركز صحي خاص حيث تبين كذلك من نفس المسح أن حوالي 22.0 % من الحوامل تلقين كشف واحد فقط في حين أن 11 % من الحوامل تلقين ثلاث كشوف للحمل .

و فيما يخص للوفيات التي حدتث لدى الأمهات التي لم تتبعن حملهن فإنه يمكن تفسير ذلك أن نسبة الوفيات شكلت نسبة لدى الوزن المنخفض عند الولادة فإنه يمكن رجوع ذلك إلى عدم الرعاية الصحية للحمل التي من شأنها أن تزيد من نسبة المواليد بوزن منخفض عند الولادة ، لأن هذه الرعاية تمكن من كشف و معالجة المشاكل الصحية للأم الناتجة عن الحمل الحالي أو المسابقة له ، و التي تساهم في تفاقهما كما يتم من خلال تحديد الحوامل اللاتي قد يتلقين رعاية و متابعة خاصة أثناء الحمل أو عند الوضع .

أما بالنسبة للوفيات الرضع التي تمت ولاداتها بوزن عادي للأمهات اللواتي لم يتبعن حملهن و التي بلغت نسبتها بـ 25.0 % بالرغم من الأمهات لم يتابعن حملهن إلا أن الولادات كانت بوزن عادي ، و يعود ذلك إلى الخبرة التي اكتسبتها الأمهات من الأحمال السابقة و إلى عدم وجود مشاكل صحية للأمهات أثناء الحمل و قد تشير نتائج تحقيق المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل أنه من أهم

أسباب عدم المتابعة الحمل الأخير بالنسبة للأمهات و التي بلغـــت بـــــ 41.7 % لعدم وجود مشكلة صحية أثناء الحمل .

جدول رقم (68) يبين توزيع الوفيات الأطفال الرضع حسب نوعية الولادة و وزن المولود عند الولادة .

نوعية الولادة / الوزن عند الولادة	ولادة سابقة لأوانها	ولادة في أوانها	المجموع
أقل من 2500 كلغ	22 **55.0**	18 **45.0**	40 **100**
يساوي أو يفوق 2.500 كلغ	10 **27.77**	26 **72.22**	36 **100**
المجموع	32 **42.10**	44 **57.89**	76 **100**

يتبين لنا من خلال هذا الجدول أن الولادات التي أكملت مدة حملها شـــكلت نسبة 57.89 % ، أغلبها هي ولادات وزن عادي وهذا بنسبة 72.77 % بالمائـــة بوزن منخفض .

كما لا حظنا أيضا من خلال نفس الجدول أن الولادات السابقة لأوانها حيث سجلت نسبـــــة معتبرة قدرت بـــ 42.10 % بالمائة ، كما أن معظم هذه الوفيات (السابقة لأوانها) هي ذات وزن منخفض حيث بلغت نسبتها 55.0 % من مجموع وفيات الأطفال الرضع .

و يمكن تفسر هذا الوزن المنخفض لدى المتوفين الذين ولدوا قبل أوانـــــهم بعدم اكتمال النمو الطبيعي لأجسامهم ، وهذا راجع لعدم إتمام مدة الحمل ، فيمكـن القول هنا أن المولود عند الولادة له علاقة مباشرة بمدة الحمل

أما بالنسبة للمتوفين الذين أكملوا مدة حملهم و لكن بالرغم من ذلك هم مواليـــد ذوي وزن منخفض ، فيمكن القول أنها عانت من تأخر في النمو داخل رحم الأم و الذي يسمه الأطباء المختصين (RCIU) تأخر فـــي النمـــو داخـــل الرحـــم الأم (Retard de croissance intro-utrine) . و يعود سبب التأخر في النمو إلى النظام الغذائي للأم أثناء الحمل و بالتالي إلى وضعيتها الاقتصادية و الاجتماعية و كذا إلى سنيها عند الإنجاب .

أما فيما يخص المتوفين الذين و لدوا قبل أوان لكن بوزن عـــادي فنفسـر سبب وفاتها بصحة الأم أثناء الحمل ، كما أنه من المحتمل أن تكـــون الأمـــهات هؤلاء المتوفين مصابات بمرض السكر و القلب ، وهذا ما يمثل نســـبة 16.21 % من مجموع الأمهات المصابة بمرض أثناء الحمل و التي أكدته الدراسة .

إذ من المعروف في الوسط الطبي أن هاته الأمهات المصابـــات بمـــرض السكر تضعن مواليد بوزن مترفع جدا عن العادي ، وقد يفوق أحيانا (6) ستة كيلو غرامات و هذا رغم عدم إكمال المولود المدة حمله [1]

و بالنسبة للمتوفين الذين أكملوا مدة حملهم و لدوا بوزن عـــادي فيمكـــن، إرجاع سبب و فاتهم إلى سن الأمهات عند الإنجاب و إصابتهم بعدو حديثه الولادة " Infection néo-natale" و هذا لعدم توفر شروط النظافة أو إصابتـــهم بمـــرض وراثي ما.

الجدول رقم (69) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نتائج الولادات السابقة للأم وزن المولود .

نتائج الولادات السابقة / الوزن عند الولادة	إجهاض	ولادة مبكرة	مولود متوفى قبل إتمام السنة	ولادة حية	المجموع
أقل من 2.500 غ	15 **37.5**	05 **12.5**	11 **27.5**	09 **22.5**	40 **100**
يساوي أو يفوق 2.500 غ	07 **19.44**	02 **5.26**	9 **25.0**	18 **50.0**	36 **100**
المجموع	22 **28.94**	07 **9.21**	20 **26.31**	27 **35.52**	76 **100**

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة عالية تقـــدر 64.46 % مـــن وفيـــات الأطفال الرضع ، كانت لأمهات ذات سوابق طبية ، أي كان نتائج حملها الســـابق إجهاض أو ولادة مبكرة أو توفي مولودها قبل إتمام عامة الأول من الحياة ، هـــذا مقابل 35.52 % من الوفيات كانت الأمهات اللواتي لم تسجل لديهن ولادة ســـابقة بل ولادة حية .

---

[1] علي الحسين : أطفالنا تموهم تربيتهم مشاكلهم المرجع السابق ص 25

أما فيما يخص وزن المتوفين فنلاحظ أن أغلب الأمهات المستجوبات اللواتي كان نتاج حملها السابق إجهاض قد ينجبن ولادات بوزن منخفض و هذا بنسبة 37.5 % مقابل 19.44 % ولادة بوزن عادي .

كما نلاحظ تقريبا أنه لا يوجد اختلاف فيما يخص نسب الوزن المنخفض و العادي للأمهات اللواتي فقدن مولدهن قبل إتمام السنة من العمر و ذلك بنسبة 27.5 % للوزن المنخفض و 25.0 % للوزن العادي و ذلك بفرق (2.5%) .

كما نلاحظ أيضا أن نسبة الأمهات اللواتي لديهن ولادة مبكرة بوزن منخفض بالغت نسبتها 12.5 % بمقابل نجد الأمهات اللواتي لديهن ولادة مبكرة بوزن العادي قدرت نسبتها بـ 25.0% .

و تبين كذلك من خلال نتائج التحقيق أن الأمهات اللواتي ليس لديهن سوابق طبية كانت لديهن ولادة بوزن العادي قد شكلت نسبة كبيرة من مجموع المبحوثات تقدر بـ 50.0 % مقابل 22.5% ولادات بوزن منخفض و من خلال هذه الملاحظات يمكن تفسر النسبة الكبيرة بـ 64.46% بالمائة للوفيات الأمهات اللواتي كان لديهن سوابق طبية سواء إجهاض أو ولادة مبكرة أو توفى لديهن مولدهن قبل إتمام السنة من العمر برغبة الأمهات في تعويض الولادة السابقة بالولادة أخرى و هذا النمط معروف لدى العالم العربي حيث تكون الخصوبة مرتبطة ارتباط وثيقا بوفيات الأطفال الرضع ، و يسمى هذا الحافز الذي يؤدي بالمرأة (الأم) التي فقدت مولود للتعويض الولادة السابقة "بالحافز الإحلالي" إذ أن الأم التي فقدت طفلا أو أكثر تحاول تعويضهم بكثرة الإنجاب ، كما لم تلجأ هذه الأمهات إلى استعمال وسائل ومنع الحمل . كما أن تباعد الولادة السابقة و الولادة الحالية أنها لم تعتبر الولادة السابقة في الحسبان إذ لا يهمها ما إستنفزه الحمل السابق من قوتها و صحتها و ما يهمها هو تعويض فقاد فقط [1].

أما فيما يخص الولادات المتوفى لدى الأمهات اللواتي كان نتائج ولادتها السابقة عبارة عن ولادة مبكرة فيمكن تفسر ولادة المولود المتوفى الحالي المبكر بعدة أسباب حيث تكون هذه الولادات ذات رتبة عالية و يكون سن الأم متأخر أكثر من 35 سنة . وقد تعود إلى المدة الفاصلة بين الولادة السابقة الحية و الولادة

(1) عبد الرحيم عمران : سكان العالم العربي حاضرا و مستقبلا صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية ، نيويورك 1988 ص 20 - 24 .

الحالية حيث قد تقل هذه المدة عن سنتين و يرجع كذلك إلـــى إصابـــة الأمـــهات بالأمراض كمراض فقر الدم ، ومراض القلب و السكر.

كما يمكن تفسر النسبة العالية للوزن المنخفض عند الولادات لدى الأمـــهات اللواتي كان نتاج حملها السابق عبارة عن إجهاض بما يحدثه هـــذا الأخـــير مـــن مضاعفات سلبية على صحة الأم و على قدرتها الإنجابية إلى الإرهاق عدم الراحة أثناء فترة الحمل أضف إلى ذلك إصابة بعض منهن بالأمراض أثناء فترة الحمل .

و نستنتج في الأخير أن الأمهات اللواتي تعرض إلى إجـــــهاض أو فقـــدان مولدهن قبل إتمام السنة من العمر ، أو أنجبن ولادة ميتة أو ولادات مبكرة تكـــون المواليد الأطفال أكثر عرضة إلى الوفاة في فترة ما حول الولادة و ما بعدها .

الجدول رقم (70) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب خضوعهم للإنعاش .

الإجابة	العدد	النسبة %
نعم	**37**	**48.68**
لا	**39**	**51.31**
المجموع	**76**	**100**

يتبين لنا من خلال الجدول أن أكثر من نصف الوفيات الرضع لم تخـــص إلى الإنعاش و ذلك بنسبة 51.31 % ، و بالمقابل نجد 48.68 % مـــن مجمـــوع الوفيات خضعوا للإنعاش ، و يرجع سبب خضوعهم لمصلحـــــة الإنعـــاش إلـــى الولادات المبكرة (المبتسرة) ، و إلى تعرض الرضـــع إلـــى حـــالات مرضيـــة أو راجعة إلى الوزن المنخفض للرضيع .

و لذا سألنا الأمهات عن ما إذا أصيب أطفالهن بمرض أو مشكل صحـــي و أدخل مباشرة إلى المستشفى فتبين من خلال نتائج التحقيق أن أكثر مـــن نصـــف الأمهات و بالضبط 51.31 % و بمعنى (39 من بين 76) لم تصرحـــن بأيـــة إصابة أطفالهن و أدخلوا إلى المستشفى ، و بالمقابل نجد البقية منهن صرحـــت أن أطفالهن أصيبوا بمرض وادخلوا على إثره إلى المستشفى و ذلك بنسبة 48.68 % بمعنى (37 من بين 76) . أنظر الجدول رقم (7) في الملحق 1 .

فيما يخص المجموعة التي أصيب أطفالهن بالمرض كما هو موضح سالفا [1] أن 18.9 % أصيبوا أطفالهن صعوبة التنفس الحاد ، تم تليها الولادات المبكرة والاختناق الولادي بنسبة 16.21 % ، و أن 13.50 % من الأمهات اللاتي أصيب أطفالهن بالإسهال الحاد و ادخل مباشرة إلى المستشفى لتقديم العلاج المكثفة في مصلحة طب الأطفال ، والبقية من أطفال أصيبوا بيرقلن و لادي و مراض في الدم و ذلك بنسبة 8.10 % و في أخير نجد أمراض القلب بنسبة 5.40 % من مجموع الوفيات الذين أصيبوا بمرض و ادخلوا مباشرة إلى المستشفى .

و يمكن تفسير ذلك أن الولادة المبكرة تعود إلى الحالة الصحية للأم أثناء الحمل كالجهد الذي تبدله المرأة أثناء الحمل خاصة إذا كانت تقطن في المناطق الريفية و عدم استشارتها الطبية أي عدم متابعة حملهن ، و تعود كذلك إلى سوء التغذية لدى الأمهات أما عن المشاكل التنفسية التي تصيب الرضع فيمكن تفسير ذلك إلى التأثيرات الخارجية كالمناخ .

أما عن الحمى و الإسهال و القياء فهي الأمراض الأكثر ظهور قبل و فات الرضيع في الفترة ما بين شهر إلى 11 شهر نتيجة لعدم قدرة جهاز المناعة على مقاومة ضياع كميات هائلة من الماء في اليوم الواحد .

و عن سؤالنا عن مكان الوفاة ، فجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (71) يبين توزيع الوفيات الأطفال الرضع حسب مكان الوفاة

مكان الوفاة	العدد	النسبة %
المستشفى	67	88.15
البيت	09	11.84
المجموع	76	100

[1] إرجع إلى الملحق : الجدول رقم (71) .

يوضح الجدول رقم (71) أن معظم وفيات الأطفال الرضع حدثت في المركز الإستشفائي بنسبة 88.15 % و البقية تمت وفاتهم في البيت بنسبة 11.84 % بالمائة من مجموع وفيات الرضع و يمكن تفسر ذلك أن الوفيات الذي حدثت في المستشفى الأطفال كانوا مكيتين فيه للعلاج المكثفة ، و أنها ولاداتها تمت في مصلحة التوليد و أمراض النساء ولادات مبكرة ولادات ميتة أو كانت في مصلحة الإنعاش ، أما عن الأطفال الراضع الذين توفوا في البيت فيرجع ذلك إلى بعد المركز الصحي ، أو نقص الإمكانيات خاصة في الليل ، وهذا ما صرحت به إحدى المبحوثات ، أو أنها حالات لا تستعدى المصالح الإستشفائية .

خلاصة و استنتاجات

1 – صحة الأم :

– توصلنا من خلال نتائج البحث أن السوابق المرضية و الإنجابية تؤثر بصفة مباشرة على صحة الرضيع ، إذ توصلنا إلى الأمهات اللواتي لديهن فترة بين الولادتين أقل من 9 أشهر بنسبة 17.10 % ، أما أكثر من 5 سنوات بنسبة 15.78 % و بالتالي تشكل احتمال كبيرة للوفاة الرضيع . كما توصلنا أن الأمهات اللواتي كان لهن إجهاض بنسبة 28.94 % .

– كما تبين من خلال نتائج البحث أن السوابق الطبية للأمهات تؤثر بصفة مباشرة على وفيات الأطفال الرضع إذ يتضح أن الأمهات اللواتي أصبن بمرض أثناء فترة الحمل كان لها تأثير على صحة الرضع إذ تبين أن نسبة 54.05 % أصبن بمرض أثناء فترة الحمل .

سن الأمهات عند الإنجاب :

– تبين من خلال نتائج هذا البحث أن سن الأمهات عند الإنجاب يؤثر على (صحة الرضيع) و وفيات الأطفال الرضع إذ تبين أن هناك علاقة طردية بين سن الأمهات عند الإنجاب و وفيات الرضع .

– إن الأمهات اللواتي يتبعن حملهن هن صغيرات السن ، إذ كلما ارتفع سن الأمهات زادت المتبعة الصحية أثناء الحمل عند كبيرات السن تنخفض المتابعة الصحية أثناء الحمل بحيث نلاحظ أن الأمهات اكتسبت خبرة خلال حياتهن الإنجابية و بالتالي لا تتبعن حملهن .

– إن أغلبية الولادات تمت في وسط مهني صحيا بنسبة 56.57 % من مجموع الوفيات، بحيث ترتفع عند الأمهات الصغيرات في السن بنسبة 66.33 % بحيث يلجأن إلى وسط مهني صحيا خوفا من مخاطر التي قد تنجر عن الولادة في البيت وهذا لسلامة صحة الأم و الطفل الرضيع. فتبين من خلال نتائج أن الكبيرات في السن من (40 – 44 سنة) (45 – 49 سنة) يلدن في مكان مهني صحيا، وذلك بنسبة 75.0 % لأن الأمهات في هذا السن يفقدان القوة الكافية لتحمل مخاطر الحمل و الولادة. أما الأمهات اللواتي أنجب بالعيادة فقدرت نسبتها بـ 42.10 %، وفي البيت بـ 1.31 % .

- أغلب الولادات المتوفين هي ولادات عادية بنسبة 57.89 % و الولادات المبتسرة بـ 31.70 % أما الولادات الميتة فقدرت بـ 10.52 % . فتبين أن للسن الأم تأثير حيث نلاحظ كلما ارتفع السن ترتفع نسبة الولادات المبتسرة حيث تبين أن هناك تأثير إذ نجد في الفئة العمرية للأمهات (15 – 19 سنة) بنسبة 33.33 % أما في الفئة العمرية (40 – 44 سنة) بـ 75.0 % أما الولادات الميتة نجدها منحصرة عند الفئة العمرية (30 – 34 سنة) لأن في هذا السن من حياتهن الإنجابية تظهر مخاطر الحمل و الوضع بحيث تبين أن هذه المخاطر تزداد كلما تقدم سن الأمهات ، و بالتالي تؤثر سلبا على السيرورة الطبيعية للحمل. فقد رأينا أن الفئة العمرية (15 – 19 سنة) لم تسجل فيها أية ولادة ميتة و هذا ليس راجع لكون هذه الفئة لا تحدث فيها ولادات ميتة وأنها راجع أساسا إلى العدد الظئيل للولادات المسجلة في هذه الفئة العمرية و نفس الاستنتاج فيما يخص الفئة العمرية (45 – 49 سنة).

- تبين أن أغلب المتوفين هم ذوي الرتبة الثانية لدى الأمهات اللواتي تقل أعمارهن عن 34 سنة ، بـ 44.44 % أما اللواتي لديهن أكثر من 5 أطفال فنجدها عند الفئة العمرية (35 – 39 سنة) و (40 – 44 سنة) بنسبة 50.0 %.

أما فيما يخص الأمهات اللواتي يقلن أعمارهن عن 20 سنة فيرجع إلى كون هاته النساء ليس لهن دراية بكيفية تعامل مولدهن الجديد و إلى تكوينهن الجسماني الضعيف إذ لا تزلن في سن المراهقة إلى جانب العوامل البيولوجية التي تؤثر على النساء الحوامل في سن (40 – 44 سنة) و (45 – 49 سنة) و بالتالي يؤثر سلبا على صحة الرضيع .

- تبين أن هناك علاقة عكسية بين عدد الأطفال و المتابعة الصحية أثناء الحمل فيتضح أنه كلما ارتفع عدد الأطفال قلت المتبعة الصحية ، و كلما قل عدد الأطفال زادت المتابعة الصحية أي أن اللواتي لديهن الطفل واحد يتبعن حملهن بـ 94.11 % و اللواتي لديهن أكثر من 5 أطفال يتبعن حملهن بنسبة 50.0 % ، أما اللواتي لم يتبعن حملهن فنجد اللواتي لديهن طفل واحد بنسبة 5.88 % و اللواتي لديهن أكثر من 5 أطفال لم يتبعن بنسبة 50.0 % .

- توصلنا كذلك أن سن الأمهات عند الإنجاب لا يؤثر على عملية

الرضاعة و عندما ربطنا متغير عدد الأطفال بالنوع الرضاعة تبين أن ارتفاع عدد الأطفال للأم الواحد تزداد هذه الأخيرة تجربة و خبرة في مجال العناية بالرضيع و هذا ما يحفر الأم انتهاج طرق أحسن عن طرق التي انتهجتها في السابق .

- لاحظنا أن الأمهات الكبريات في السن لا يستعملن وسائل منع الحمل و ذلك بنسبة للفئة العمرية (40 - 44 سنة) و (45 - 49 سنة) بـ 25.0 % و 75.0 % لأن معظمهن أنجبن العدد المرغوب من الأطفال و الأخريات منهن وصلنا إلى سن اليأس ، أما الصغريات في السن معظمهن يستعملنا هذا للتنظيم النسل .

2 - صحة الرضيع :

- يتعرض جنس الذكر لاحتمالات وفاة تزيد بصورة ملحوظة عن الاحتمالات التي يتعرض لها جنس الأنثى ، و ذلك من خلال نتائج البحث ، ويعود هذا إلى العوامل البيولوجية بحتة. إذ تختلف وفيات الأطفال الرضع بالاختلاف العمر حيث نجد وفيات المواليد الجدد (0 -28 يوم تامة) معتبرة مقارنة بوفيات ما بعد المواليد الجدد (29 - 364 يوم) و ذلك بنسبة 73.68 % و بنسبة 26.31 % و ذلك يعود إلى ضعف مقاومة الرضيع هذا الأمراض الفتاكة خاصة في أيامه الأولى .

- كما تبين أن نسبة الذكور المتوفين سجلت 55.26 % أما بنسبة الإناث المتوفيات فقد سجلت 44.73 % و السبب الرئيسي للوفاة عند كلا الجنسين هو الوزن المنخفض حيث بلغت نسبة المتوفين بوزن المنخفض عند الذكور بـ 60.0 % و 40.0 % عند الإناث .

- أغلب الوفيات الرضع هي ذات الوزن المنخفض عند الأمهات اللواتي يتبعن حملهن و يعود ذلك إلى أن هذه الوفيات دوي الولادات العالية للأمهات و إلى السن المتأخر للأمهات في الإنجاب و كذلك إلى صحة الأم أثناء الحمل، إذن ليس هناك تأثير الوزن على المتابعة الصحية ، راجع إلى عوامل أخرى ، فيمكننا القول هنا أن تأثير عامل الوزن كان غير واضحا أو ربما عامل حيادي.

- غلب وفيات الرضع هي ولادات حدثت في أوانها حيث سجلت نسبتها

بـــ 57.89 % و معظم هذه الولادات كانت ذات وزن منخفض بنسبة وزن عـادي بنسبة 72.22 % من مجموع الوفيات . أما الولادات السابقة لأوانها حيث سـجلت نسبة معتبرة قدرت بـــ 42.10 % و معظمها ذات وزن منخفض حيـــث بلغـت نسبتها بـــ 55.0 % من مجموع وفيات الأطفال الرضع . كما رأينـــا أن الـوزن عامل أساسي يعكس الحالة الصحية للرضيع و يؤثر على الولادات المبكرة .

- أما فيما يخص السوابق الطبية لدى الأمهات و الوزن أن الأمهات اللواتي لديهن ولادات حية دون سوابق طبية هي ولادات ذوي وزن عادي . أما الأمـهات اللواتي لديهن سوابق طبية (الإجهاض ، ولادة مبتسرة. و مولود توفي قبل إتمـــام السنة من العمر) بنسبة 27.5 % ذوي وزن منخفض .

- كما استخلصنا كذلك أن قرابة النصف من الأطفال المتوفى خضعوا إلـــى الإنعاش نسبة بـــ 48.68 % ، و الذين لم يخضعون إلى الإنعاش بنسبة 51.31%

- قرابة النصف 48.68 % من الوفيات الأطفال الرضع أصيبوا بمـــرض وادخلوا إلى المستشفى و من أهم الأسباب المتعلقة بذلك صعوبة التنفس ، الولادات المبكرة اختناق الولادي .

- توصلنـــا كذلك إلى أن أغلبية الوفيات تمت فـــي المستشـــفى بنســبة 88.15 % و البقية تمت في البيت بنسبة 11.84 %.

النتائج العامة للدراسة:

ما يمكن استنباطه من خلال نتائج التحقيق أن متغير التعليم لعب دورا كبيرا في مدى متابعة الأمهات لحملهن تجاه صحة الرضع و الظروف المحاطة بهم، فيما يخص متابعة الحمل فإنها تختلف من أم إلى أخرى، وهذا بسبب المستوى التعليمي، فلقد لاحظنا أن هناك علاقة عكسية بين المستوى التعليمي كمؤشر هام والمتابعة، بحيث أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأمهات زادت متابعة الحمل، وكلما انخفض المستوى التعليمي قلت المتابعة أو انعدمت، لقد اتضح أن نسبة 80.26% يتابعن الحمل، في حين 19.73% لم يخضعن للمتابعة كما لاحظنا أن نسبة 72.13% من الأمهات اللواتي تابعن حملهن يفضلن الذهاب إلى الطبيب المختص في حين 27.86 % يفضلن الذهاب إلى القابلات.

كما أفادت الدراسة أن هناك علاقة بين المستوى التعليمي وعدد الأطفال، وخروج المرأة إلى العمل والتعليم جعلها أكثر إدراك للأهمية تنظيم النسل في حين نجد أن نسبة 50.0% من الأمهات الغير متعلمات أو ذات مستوى تعليمي محدود لديهن أكثر من 5 أطفال.

إذن هذا المتغير " المستوى التعليمي" يلعب دورا كبيرا في كل المراحل ابتداء من ساعة الحمل إلى الوضع والرضاعة، فخروج المرأة إلى العمل مكنها من التحرر وبالتالي تبني سلوكات حضارية ومنها استبدال الرضاعة الطبيعية بالرضاعة الاصطناعية وهذا باستعمال القنينة والتي تعتبر اسهل وسيلة في نضر الأم العاملة متجاهلة دور حليب الأم على صحة الرضيع، في حين نفضل الأمهات الغير متعلمات أو اللواتي تعليمهن محدود الرضاعة الطبيعية ويعود هذا الاختيار إلى الوسط العائلي الذي يؤثر تأثيرا مباشرا على تجاهلهن نحو الرضاعة الطبيعية.

كما أدلت بعض الشواهد أن الرغبة في الإنجاب هي كذلك مرتبطة بمتغير التعليم بحيث 55.26 % ترغبن في الإنجاب في حين امتنعت 44.75% في الاستمرار في الإنجاب. فتبين أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي، كلما كانت الحاجة للإنجاب أكثر فكلما انخفض المستوى التعليمي قلت الرغبة في الإنجاب، ويعود

انخفاض رغبة الأمهات الغير المتعلمات في الإنجاب إلى أنهن كبيرات في السن أو لديهن عدد كافي من الأطفال، في حين سبب رغبة الأمهات المتعلمات في الإنجاب يعود إلى أنهن استغرقنا وقتا كبيرا في التحصيل الدراسي الذي أدى إلى تأخر زواجهن. وفيما يخص تفضيل نوع المولود ذكر أم أنثى فقد اتضح من خلال التحقيق أن المستوى التعليمي للأم ليس له تأثير في تفضيل نوع المولود في حين نجد تأثير المستوى التعليمي في استعمال وسائل منع الحمل، بحيث أن أغلب الرافضات لاستعمال وسائل منع الحمل هن ذات مستوى تعليمي محدود أو متعدم، وبالتالي فإنه كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما انخفضت نسبة الرافضات لاستعمال وسائل منع الحمل.

على العموم يبدوا أن الفرضية الأولى قد تحققت حيث نلاحظ أن المستوى التعليمي للأمهات ووعيهن اتجاه صحة الرضيع يقلل من الوفيات الرضع.

وهذا ما تدل عليه النتائج فيما يتعلق بالضر وف المعيشية، فنجد أن الأغلبية الساحقة من الأمهات اللواتي فقدن مولدهن قبل اتمام السنة من العمر يملكن مرحاض وهذا بنسبة 94.73% ، وحمام بنسبة 68.42% والكهرباء بنسبة 97.36% وغاز بنسبة 69.73% في حيث تقدر بنسبة الأمهات اللواتي لا يملكن مرحاض بالمنزل بـ 5.26% ، ولا يملك حمام بـ 31.37% ولا كهرباء بـ 2.63 % ولا غاز بـ 30.26% .

كما لاحظنا تنوع كبير في مكان سكن الأمهات، فمنهن من يسكن شقة في عمارة، وهذا بنسبة 53.94% و 51.57% من الأسر تسكن فيلا و 10.52% يسكنون في حوش به منزل في حين تسكن 3.94% من الأسر في بيوت قصدرية، حيث تحتوي أغلبية هذه المساكن على 3 إلى 4 غرف وهذا بنسبة 68.29% وبالتالي يقدر متوسط عدد الأشخاص في غرفة بـ 6.8 شخص في غرفة نفس الشيء بالنسبة للدخل الشهري بحيث نجد أن أغلبية الأسر يتروا ح دخلها ما بين1000 10001 دج إلى 15000 وهذا بنسبة 35.2% و 23.94% عند الفئة 6000 إلى 10000 دج في حين سجلنا 6.57 من الأسر أزواجهن بطالين أو مسرحين عن العمل.

لقد اتضح لنا أن هناك علاقة بين الدخل الشهري للأسرة والمتابعة الصحية للأمهات أثناء الحمل.

فالأمهات اللواتي أزواجهن بطالين أو مسرحين عن العمل لم يخضعن للمتابعة الصحية أثناء الحمل وهذا بنسبة 80.0% نفس الشيء بالنسبة للفئة أقل من 6000 دج بنسبة 60.0% . في حين 90.71% اتبعن حملهن ، وهن ذوي الدخل الذي تتراوح بين 15001 دج إلى 20000 ونسبة 90.0% عند الفئة التي تتراوح دخلها ما بين 1001 إلى 15000دج الأمر الذي يؤدي إلى تنوع أماكن الولادة، فالأمهات ذوي الدخل المنخفض أقل من 6000 يلجأن إلى المستشفيات وهذا بنسبة 60.0% أما الأمهات اللواتي يذهبن إلى العيادات الخاصة والعمومية فتقدر بنسبة 64.28% .

أما فيما يخص الضروف الخاصة بصحة الأم، فإنه يتضح من خلال بحثنا، أن السوابق المرضية والإنجابية تؤثر بصفة مباشرة على صحة الرضيع، بحيث توصلنا إلى أن 17.10% من الأمهات الفترة ما بين الولادتين أقل من 9 أشهر في حين 15.78%من الأمهات فترة ما بين الولادتين أكثر من 5 سنوات الأمر الذي يجعل احتمال وفاة الرضيع وارد جدا، كما سجلنا كذلك 28.94% حالة إجهاض سابقة. فالسوابق المرضية تؤثر بصفة مباشرة على وفيات الأطفال الرضع أثناء الحمل، الأمر الذي أثر سلبا على صحة الرضيع.

كما تبين أن عامل السن عند الإنجاب يؤثر كذلك على صحة الرضيع ووفيات الرضع، بحيث اتضح أن هناك علاقة طردية بين سن الأمهات عند الإنجاب ووفيات الرضع، نجد أ ن الأمهات الصغيرات في السن تهتم بالمتابعة أثناء الحمل في حين تنخفض المتابعة عند الكبيرات في السن، وهذا راجع لاكتسابهن خبرة مسبقة في الحمل والولادة.

أما فيما يخص ظروف الولادة، فنجد أن أغلبية الولادات تمت في وسط مهئي صحي، وهذا بنسبة 56.57% من مجموع الوفيات، بحيث ترتفع النسبة بـ 66.33 % عند الأمهات الصغيرات في السن بحيث يلجأن إلى وسط مهئي صحي خوفا من المخاطر التي قد تنجم عن الولادة في البيت.

وبالتالي تختلف أماكن الولادة ، بحيث الكبيرات في السن (40-44 سنة) و(45-49سنة) يضعن في مكان مهني صحي وهذا بنسبة 75.0% لأن الأمهات في هذا السن تفقدن القدرة على تحمل مخاطر الحمل والولادة.

أما بالنسبة اللواتي يضعن بالعيادة، فتقدر نسبتها بـ 42.10% في حين تقدر نسبة الأمهات اللواتي يضعن في البيت بـ 1.31%

كما أشارت الدراسة أن أغلب الولادات المتوفية هي ولادات عادية وهذا نسبة 57.89% ، أما الأخرى، فتنوعت ، بين ولادات مبتسرة وهذا نسبة 31.70% وأخرى ميتة، وهذا بنسبة 10.52% فيتضح أن سن الأم عند الإنجاب له تأثير كبير بحيث كلما ارتفع السن، ترتفع نسبة الولادات المبتسرة حيث تبين أن هناك تأثير في الفئة العمرية للأمهات (15-19 سنة) بنسبة 33.33% أما الفئة العمرية (40-44 سنة) فتقدر النسبة بـ 75.0% أما الولادات الميتة نجدها منحصرة عند الفئة العمرية (30-34سنة) لأن في هذا السن تتضاعف مخاطر الحمل والوضع بحيث أن هذه المخاطر تزداد كلما تقدمت الأمهات في السن، وبالتالي تؤثر سلبا على السيرورة الطبيعية للحمل .

في حين لم يسجل أية ولادة ميتة في فئة (15-19 سنة) وهذا راجع إلى العدد الضئيل للولادات المسجلة في هذه الفئة العمرية، نفس الملاحظة بالنسبة للفئة العمرية (45-49 سنة) .

فتبين من هذا أن أغلب المتوفين هم ذوي المرتبة الثانية لدى الأمهات اللواتي تقل أعمارهن عن 34 سنة وهذا بنسبة 44.44% أما اللواتي لديهن أكثر من 5 أطفال فنجدها عند الفئة العمرية (35-39 سنة) و (40-44 سنة) وهذا بنسبة 50.0% أما فيما يخص الأمهات اللواتي تقل أعمارهن عن 20 سنة فنجد أن سبب الوفاة يرجع إلى نقص الدراية والخبرة في كيفية التعامل مع المولود الجديد، أضف إلى ذلك ضعف تكوينهن الجسمي علمًا أنهن لا يزلن مراهقات، إلى جانب العوامل البيولوجية التي تؤثر على النساء الحوامل في سن (40-45سنة) و(45-49 سنة) وبالتالي تؤثر سلبا على صحة الرضيع.

لقد اتضح أن هناك علاقة عكسية بين عدد الأطفال و المتابعة الصحية أثناء الحمل، وكلما ارتفع عدد الأطفال قلت المتابعة الصحية، بحيث أن 94.11% من الأمهات اللواتي لديهن طفل واحد يتابعن حملهن.

كما توصلنا كذلك إلى أن سن الأمهات عند الإنجاب لا يؤثر على عملية الرضاعة ونوعها، فعندما ربطنا متغير عدد الأطفال بنوع الرضاعة تبين أن إرتفاع عدد الأطفال يجعل الأم أكثر خبرة وتجربة وبالتالي قادرة على اختيار الطريقة الأفضل للعناية برضيعها.

وفيما يخص استعمال وسائل منع الحمل، فنجد أن الفئة العمرية (40 -44 سنة) بنسبة 25.0 % و 57.0% في الفئة العمرية (45-49سنة) لا يستعملن وسائل منع الحمل لأنهن أنجبن العدد المرغوب من الأطفال والأخريات وصلن إلى سن اليأس.

وفي ما يخص صحة الرضيع فنجد أن الذكور هم أكثر عرضة لاحتمال الوفاة من الإناث، ويعود هذا الأمر إلى عوامل بيولوجية بحتة. إذ تختلف وفيات الأطفال الرضع باختلاف العمر، فنجد وفيات معتبرة في فئة المواليد الجدد (0-28 يوم) مقارنة بوفيات ما بعد المواليد الجدد (29-364 يوم) وذلك بنسبة 73.68% و 26.31%، ذلك يعود إلى ضعف الرضيع في مقاومة الأمراض الفتاكة وخاصة في أيامه الأولى. فنسبة الذكور المتوفين تقدر بـ 55.26 % في حين نسبة الإناث تقدر 44.73% والسبب الرئيسي للوفاة عند كلا الجنسين هو الوزن المنخفض بحيث بلغت نسبة المتوفين بسبب الوزن المنخفض عند الذكور بـ 60.0% و 40.0% عند الإناث.

لقد لحظنا أن أغلب الوفيات هي بسبب الوزن المنخفض، علما بأن أمهاتهم قد خضعنا للمتابعة الصحية أثناء الحمل. اذا الانخفاض في الوزن ليس له علاقة بالمتابعة الصحية أثناء الحمل. وإنما يرجع لأسباب أخرى كتأخر السن عند الإنجاب وكثرت الولادات السابقة. فيبقى إذن عامل الوزن حيادي.

57.89% من وفيات الرضع حدثت في أوانها وفي معظمها كان السبب الوزن المنخفض عن الوزن العادي وهذا بنسبة 72.22% من مجموع الوفيات.

أما الولادات السابقة لأوانها فتقدر نسبتها بـــ 42.10% ومعظمـــها لنفـــس السبب حيث بلغت نسبتها 55.0% من مجموع وفيات الأطفال الرضع. فبالتـــالي يعد الوزن عامل أساسي يعكس الحالة الصحية لرضيع ويؤثـــر علـــى الـــولادات المبكرة. فيما يخص السوابق الطبية لدى الأمهات و الوزن فإن الأمهات اللواتـــي لديهن ولادات حية دون سوابق طبية فهي ولادات ذات وزن عادي. في حين تضع الأمهات اللواتي لديهن سوابق مرضية كالإجهاض، ولادات مبتسرة ومولود توفـي قبل إتمام السنة أطفال بوزن منخفض وهذا بنسبة 27.5 % .

ومنه تبرز صحة الفرضية الثالثة والتي مفادها أن عدد التحكم في العوامـل الديموغرافية المعترضة على صحة الأم تؤثر في ارتفاع وفيات الأطفال الرضـع. أما نسبة الأطفال المتوفين الذين خضعوا للإنعاش فتقدر بـــ 48.68% في حين لم تخضع البقية للإنعاش وهذا بنسبة 51.31% .

كما تبين من خلال البحث أن 57.89% من الأطفال المتوفين قد أرضعوا والبقية 42.10% لم يرضعوا.

كما سجلنا نسبة 48.68% من الأطفال الرضع الذين أدخلوا إلى المستشـفى على إثر إصابتهم بمشاكل صحية كصعوبة التنفس والاختناق الولادي.

كما أظهرت النتائج أن أغلبية الوفيات تمـــت بالمستشـــفى وهـــذا بنســـبة 88.15% في حين تمت البقية في البيت وهذا بنسبة 11.84% .

الخاتمة:

إن وفيات الأطفال الرضع هي ظاهرة عالمية، وإن برزت تحت اتجاهات مختلفة من بلد لأخر، فهناك بعض الدول التي أحرزت تقدمها عظيما في هذا الميدان والبعض الآخر مازالت متأخرة، إذ أن الدول المصنعة تجاوزت بكثير الدول النامية في جميع الميادين، خاصة منها ميدان الوقاية من وفيات الرضع حيث أنها اقترحت إسترتيجات مختلفة لمكافحة هذه الظاهرة.

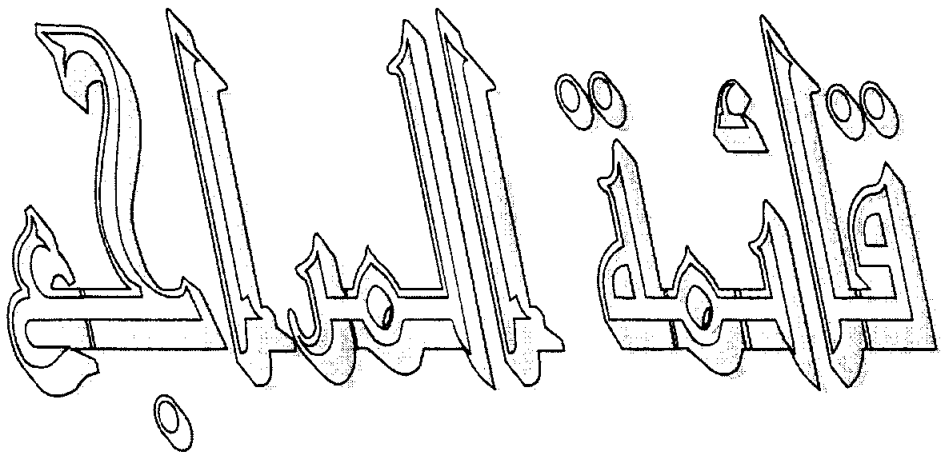
كما عرفت الدول المتقدمة كامل جهودها في الآونة الأخيرة على برامج لمكافحة الوفيات ما حول الولادة التي لم يسيطر عليها إلى حد الآن، بينما البرامج الموجودة على مستوى البلدان النامية نجدها تختلف من حيث المحاور المسطرة إلى خفض الوفيات التي تنجم عن الأمراض المتنقلة عن طريق العدوى والعدوى التنفسية بالدرجة الأولى.

وكما هو معروف فإن الجزائر من بين هذه العالم النامية تعاني من بعض هذه المشاكل إلا أن نتائج الإحصائيات الأخيرة تبين أن جميع المنظمات المهتمة بصحة الطفل، كمنظمة العالمية للصحة، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة بذلت مجهودات معتبرة في مكافحة وفيات الأطفال بصفة عامة والرضع بصفة خاصة إلى جانب المجهودات المبذولة من طرف الهيئات الوطنية في البلاد كوزارة الصحة والسكان.

نلتمس من خلال النتائج المتحصل عليها في السنوات الأخيرة تقدما كبيرا في وضعية الأطفال تحسن الوضعية الغذائية والصحية للسكان وكذا القضاء على بعض الأمراض الفتاكة مثل شلل الأطفال الكزاز.

يعتبر هذا التراجع المسجل في معدلات وفيات الأطفال الرضع خطوة عملاقة على مستوى صحة العمومية في الجزائر، وهذا إذا ما قارناه مع الدول النامية الأخرى، إما إذا ما قورنت بالدول المتطورة فنجد أن وفيات الأطفال جد مرتفعة برغم كل هذه المجهودات الدولة والبرامج المسطرة من طرف المسؤولين في الصحة.

ويمكن أن نستخلص أن الجزائر متجهة اليوم نحو مكافحة وفيات مـــا حول الولادة (الداخلية) كون أن الوفيات الخارجية تراجعت بشكل ملحوظ إذ أصبح السبب الرئيسي معظم وفيات الأطفال الرضع هي الأسباب الداخلية المتعلقة بالحمل والولادة لذلك ينبغي على السلطات العمومية مواصلة المجهودات من أجل مكافحة هذه الظاهرة للوصول إلى مرتبة الدول المتطـــورة، ضمـــن قائمـــة المجتمعـــات المتحضرة.


قائمة المراجع

قـــائمـــة المـــراجع :

* كتـــب و مراجـــع عربيـــة :

1 - الكتـــب المنهجيـــة :

- محمد عبد الحميد : تحليل المحتوى في البحوث الإعلام، ديوان المطبوعـــات الجامعية، الجزائر، 1979.
- الكندري عبد الرحمن رمضان : مبادئ الإحصاء وأساليب التحليل، منشـورات ذات السلاسل، الكويت، 1985.
- سمير محمد حسن : بحوث الإعلام أسس ومبادئ، العـــالم الكتـــب، القـــاهرة، 1983.
- محمد زيان عمر : البحث العلمي مناهجـــه وتقنياتـــه، ديـــوان المطبوعـــات الجامعية، الجزائر 1969.
- راكي أحمد عزمي : الأسلوب الإحصائي وإستخدامته في راي العام للإعـــلام، دار الفكر العربي، 1993.
- محمد حسان إحسان : الأسس العلمية لمناهج البحث العلمـــي ، دار الطليعـــة بيروت 1986.
- محمد سيد أحمد غريب : الإحصاء والقيـــاس فـــي البحـــث الإجتمـــاعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991.

2) - الكتـــب العـــامـــة :

- عدلان السبعي : السيولوجية الأمومة ومسؤولية الحمـــل، الشـــركة المتحـــدة لتوزيع، الجزء الثاني، دمشق 1985.
- عبد الرحمن عمران : سكان العالم العربي حاضر و مستقبلا، صندوق الأمـــم المتحدة للأنشطة السكانية ، نيورك 1988 .
- عبـــد الله الصوفي : موسوعـــة العناية بالطفـــل، دار العـــودة ، بيـــروت، 1977.

- علي الحسن : أطفالنا نموهم تغديتهم مشكلاتهم ، دار العلم للعلامين بيـــروت 1986.
- إميل خليل بيديس : دليل الطفل الطبي ، منشورات دار الأفاق الجديد، بـيروت 1991.
- رولان بريسا : التحليل السكاني مفاهيم الطرق والنتائج : ثر محمـــد ريـــاض ربيع، فصل الوفيـــات، ديـــوان المطبوعـــات الجامعـــية، الجزائـــر.
- نوري على جاد الله : الصحة العامة والرعاية الصحية ، دار المعارف بمصر، الإسكندرية 1975.
- محمد عباس خضير (والآخرون) : واقع الطفل العربي لعام 1989، المجلـــس العربي للطفولة والتنمية، مصر ، 1989.
- سرم سونتدران وارجيون : مستويات وإتجاهات وفيات الرضع، الأطفال فـــي اليمن واختلافاتها في النشرة السكانية، للجنة الإقتصادية والإجتماعية للغـــرب آسيا 1985.
- شلقائي مصطفـــى : الإحصـــاء الســـكاني والديموغرافـــي، طـــرق التحليـــل الديموغرافي مطبوعات جامعة جامعة الكويت.
- مرتيكين شود : صحة الأطفال، دار موسكو، الإتحاد السوفياتي، 1985.
- لطيفة فهد : الرضاعة الطبيعية ، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي الكويت 1983.
- لانجوفوى : أمراض الأطفال، دار مير للطباعة والنشر، الإتحـــاد الســـوفياتي موسكو ، 1969.
- مربيعي السعيد : التغيرات السكانية في الجزائر ، (1936 - 1966)، المؤسســـة الوطنية للكتاب، الجزائر 1984.
- عبد الله يموت : النمو السكاني والتنمية الإقتصادية والإجتماعية العربية ، معهد الإنماء العربي، بيروت 1988.

- وليام بواس : السياسات الهادفة لتقليص تفاوت الوفيات في السكان والتنمية في الشرق الأوسط، اللجنة الإقتصادية والإجتماعية لغرب آسيا ، الأمم المتحـــدة ، 1985.
- بن سهام كمال ، القديرة فتح : علاقة الأباء بالأبناء في الشريعة الإســـلامية ، جدة، 1981.

3 – مجـــالات ودوريـــات بالعـــربيـــة :

- اليونسف : الطفل الجزائري ، 1993
- مجلس العربي للطفولة : أخبار الطفل العربي ، العدد الرابع، مصر لعام 2000.
- منظمة الأمم المتحدة للطفولة : وضع الأطفال في العالم ، ثر، قســـم الإعـــلام والعلاقات الخارجية المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال ، عمان ، 1993.
- منظمة الأمم المتحدة للطفولة : مسيرة الأمم ، تصدر عن اليونسف للسنة 1995.
- وزارة الصحة والسكان : الديوان الوطني للإحصاء ، الجامعة العربية : المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل ، التقرير الأولي ، الجزائر 1992.
- وزارة الصحة والسكان : الوضعية الصحية والديموغرافية للجزائر ، تقريـــر السنوي للجنة الوطنية للسكان ن الجزائر 1988.

4 – منشـــورات الديـــوان الوطنـــي للإحصـــاء :

- الديوان الوطني للإحصائيات : المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر ، رقم 14 نشرة 1990.
- الديوان الوطني للإحصائيات : المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر ، رقم 16 نشرة 1994.
- الديوان الوطني للإحصائيات : المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر ، رقم 17 نشرة 1996.

5 - ***المنشـــورات الـــرسميـــة*** :

- جبهة التحرير الوطني : الميثاق الوطني ، الجزائر 1976.
- وزارة التخطيط : المخطط الخماسي الأول ، الجزائر 1980 . 1984.
- وزارة التخطيط : المخطط الخماسي الثاني ، الجزائر 1985 . 1989.

6 - ***رسائـــل علميـــة بالعـــربيـــة :***

- محمد إبراهيم عادل : السياسة الصحية وأثرها علي وفيات الأطفال ، دراســـة ميدانية تقويمية في الريف الجزائري، رسالة ماجستير كلية الآداب الإسـكندرية مصر 1993.
- ماجد إبراهيم عثمان : دراسة مقارنة لنمط وفيات الرضع في بعـــض الـــدول النامية ، وبعض الدول المتقدمة ، مع دراسة تفصليه للنمط السائد في جمهورية مصر العربية خلال الفترة 1954 - 1974 رسالة ماجستير كلية الإقتصاد جامعـــة القاهرة ، 1979.
- عبد الفتاح عز الديـــن إســـماعيل : اثـــر العوامـــل الصحيـــة والإجتماعيـــة والديموغرافية علي كل من فقد الأجنة ووفيات الأطفال الرضع في مصر لعـــلم 1980 رسالة ماجستير معهد الدراسات والبحوث الإحصائية ، جامعة القـــــاهرة 1989.
- أحمد خليفي : السياسات السكانية والتحول الديموغرافي في العالم الثالث دراسة الجزائر 62-87 رسالة ماجستير علم الإجتماع جامعة الإسكندرية، كليـــة الآداب مصر ، 1991.
- آسيا شريف : دور الأم في مواجهة الإسهال الطفل : تأثير العوامل الإجتماعية و الإقتصادية والديموغرافية ، رسالة ماجستير ، معهد علم الإجتماع جامعـــــة الجزائر، 1997.
- عياش وهواة : التنمية الصحية وتوزيع فرص الوقاية والعلاج في مجتمعـــــات العالم الثالث ، دراسة حالة الجزائر، سنتي 1930 - 1990، رسالة ماجستير علـــم الإجتماع ، الإسكندرية 1992.

7 - القـــواميـــس :

- هادية علي والآخرون : القاموس الجديد للطلاب ، المؤسسة الوطنيـــة لكتـــاب الجزائر 1991.

المراجع باللغة الأجنبية :

- **Les Ouvrages :**

- AOURAGH Lhocine : L'économie Algérienne à l'épreuve de la démographie, centre Français sur la population et développement, Paris, 1996.

- BOUVIER-COLL, J.valin :Mortalité et causes de décès en France, INSERM, France, 1990.

- CHESSES Phillippe et les autres : Allaitement maternel et alimentation de l'enfant de 0 – 1 ans, édition agence d'ARC, Canada, 1984 .

- GAUTIER Benoi : Recherche sociale de la problématique à la collecte des données, presse universitaire de Québec, Canada, 1984 .

- GENDREAU Françis : Population d'Afrique, manuel de démographie édition KARTHALA, Paris, 1993 .

- KHIATI Mostafa : L'essentiel en pédiatrie, Frison Roche, France 1988.

- KHIATI Mostafa :Quelles santé pour les Algériens, collections universitaire, édition Maghreb, Alger , 1990 .

- KHIATI Mostafa :Démographie et population, O.P.U. Algérie, 1996 .

- kOUAOUCI Ali :Famille femme et contraception, contribution à une sociologie de la famille, Alger , 1992.

- LADJALI Malika :L'espacement des naissances dans le liers monde, l'expérience de l'Algérie, opu, Alger, 1985 .

- MONNIER Alain :Les méthodes d'analyses de la mortalité infantile, annuel d'analyse de la mortalité, 1985 .

- Minsitère de la santé et de la population, UNICEF :Le programme national de lutte contre la mortalité et la morbidité infantile (1985 – 1989) Alger : 1990

- NZITO, Kikhela :Technique de collections et d'analyses données sur la morbidité périnatale à Kinshasa, Canada, 1988 .

- PRESTON Samuel : Biologie and social aspects of mortality and the lemgth of life ordina, Belgium, 1982 .

- TABUTIN Dominique : La mortalité infantile et Juvernile en Algérie, in travaux et document N°77. Puf , Paris, 1976 .

- TABUTIN Dominique : In fond and child mortality in north Algeria . In population N° 29 Juin, 1974 .

- UNICEF, OMS : Un quart de siècle d'étude sur la survie de l'enfant Algérien, (1970, 1995). 1996 .

- TABUTIN Dominique :La collecte des données en démographie, méthode organisation et exploitation, Ordina, Belgique, 1984

• **Revues et périodiques :**

- Afrique médicale : la revue des médecins et pharmaciens d'Afrique noirs N° 174, 1979 .

- CENEAP : Islam, législation et développement en Algérie, Alger 1997

- CENEAP : débat et critique, spécial démographie, N°08, Alger 1984

- CENEAP : Population société et développement, en Algérie, Alger, 1998 .

- KOUAOUCI Ali :tendance démographie au Maghreb in population et environnement au Maghreb, Med, Campus, 1995 .

- MSP : programme national de la maîtrise de croissance démographique Alger, 1993.

- MSP : liste des indicateur du secteur de santé, secrétariat générale édition spéciale, Alger 1996 .

- MSP : enquête national sur les objectifs de la mi décennie sur santé de la mère et de l'enfant , Alger , 1996 .
- MSP : guide des vaccinations, Alger, 1992 .

- MSP : Initiative pour une maternité sans risque, problématique et perspectives (assis national de santé) Alger, 1998 .

- OMS : la santé des enfants dans le monde N° 4 .

- OMS : La santé des enfants dans le monde IN chronique OMS, vol 33, N°4, Avril, 1979 .

- OMS : La prévention de la morbidité périnatale et de mortalité , rapport sur un séminaire in cahier de santé publique N° 42, Genève, 1971 .

- OMS : traitement de la diarrhée, manuel d'usage des médecins et autres personnels de la santé qualifies, 1990.

- Population et société : bulletin mensuel d'information démographique, Mai, 1993 .

- Rapport national à la conférence international démographie, N° 08, Alger, 1984 .

- Secrétariat d'état au plan : Repertoire national des archives bibliothèques et organisme de documentation , Alger, 1977 .

- UNICEF : situation des enfant dans le monde, 1993 .

- UNICEF : allaitement maternel et société, les carnets de l'enfant, N° 55 . 56, 1981.

- UNICEF : Le programme coopérative entre l'Algérie et l'UNICEF 1995 .

- VALIN JACQUES : La mortalité en Algérie, In Revue population. N°6, INED, Paris, 1975 .

• **Thèse universitaire :**

- AMRANE Ahmed : étude de la mortalité dans le secteur sanitaire de Beni Messous, thèse de doctorat en médecine, université d'Alger , 1975.

- ABERKANE Abedmalek : Déterminaut démographie et économique dans le developpement du système politique de société en Algérie, thèse de doctorat, université de lodz, 1990 .

- HAIM Berdugo : La surmortalité masculine et ses causes, thèse de médecins, université d'Alger, 1975 .

- LAMRI Larbi : Le système de santé Algérien, organisation fonctionnent tendance, thése de doctorat, Alger, 1987 .

- MEFOUED Abdelaziz : étude de la mortalité néo-natale pendant une durée de 5 ans, (1969 – 1973) au CHU, Mustapha, Bacha, Alger. The de doctorat en médecine, université d'Alger , 1975 .

• **Documents officiel:**

- ONS : démographie Algérienne N° 227 , Alger 1997

- ONS : données statistiques N° 18, Janvier, Mars, 1998

- ONS : données statistiques N° 106, Alger, 1990

- ONS : démographie Algérienne N° 256, Alger, 1996

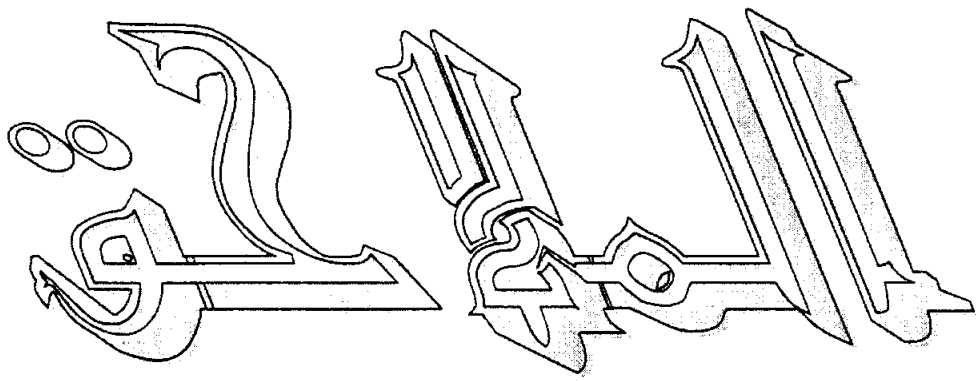
• **Dictionnaire :**

- Encyclopédie Microsoft : données démographique par pays, 1999

- Laplone (R) : abrégé de pédratine 3éd . MSSU, Paris , 1977 .

- Yadolah Dodge : statistique dictionnaire encyclopédique édition DUNOS, Paris, 1993 .

- Pressat Rolond : Dictionnaire de démographie, Puf, 1979 .



ملحـــــق رقم (1)

الجدول رقم (1) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المدة الزمنية بين الولادتين الأخريين.

المدة بين الولادتين	العـــــدد	النسبـــــة (%)
الطفل الأول	16	21.05
أقل من 9 أشهر	13	17.10
سنة واحدة	11	14.47
سنتان	10	13.15
3 إلى 4 سنوات	14	18.42
5 سنوات	12	15.78
المجموع	76	100

جدول رقم (2) يبين الاجهاضات الأمهات خلال فترة حملهن

عدد الاجهاضات	العـــــدد	النسبـــــة (%)
1	13	59.09
2	6	27.27
3	1	4.54
4 فأكثر	2	9.09
المجموع	22	100

جدول رقم (3) توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الأمهات اللواتي فقدان أطفالهن قبل إتمام السنة من عمر

الإجـــــــابـــة	العـــــدد	النسبـــــة (%)
نعم	20	26.31
لا	56	73.68
المجموع	76	100

الجدول رقم (4) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب إصابة الأم بمرض أثناء الحمل

الإصابـــة بالمرض	العـــــدد	النســـبة (%)
نـــــعـــم	37	48.68
لا	39	51.31
المجمـــــوع	76	100

الجدول رقم (5) تبين نوع الإصابة بمرض للأم أثناء الحمل.

نوع المرض	العـــــدد	النسبـــــة (%)
الأمراض متعلقة بالدم	20	54.05
الأمراض المزمنة	6	16.21
الأمراض الخاصة بالجهاز التناسلي	3	8.10
الحمى الشديدة	5	13.51
أخـــــــــر	3	8.10
المجمـــــوع	37	100

الأمراض المزمنة: مرض السكر، مرض القلب، مرض الربو.

الجدول (6) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب دخولهم إلى المستشفى

الإجابـــــــة	العـــــدد	النسبـــة (%)
نـــعـــم	37	48.68
لا	39	51.31
المجمـــــوع	76	100

الجدول (7) يبين توزيع الوفيات الأطفال الرضع حسب نوع المرض

نـــــوع المرض	العـــــدد	النسبـــة (%)
صعوبة التنفس	7	18.11
اختناق ولادي	6	16.21
ولادة مبكرة	6	16.21
الإسهال الحاد	5	13.5
يرقان ولادي	3	8.10
مرض الدم	3	8.10
مرض القلب	2	5.40
المجمـــــوع	37	100

ملحـــــق رقم (2)

وزارة التعليـم العالي والبحـــث العلـــمي

جامعة الجزائر

معهد علم الاجتماع

دائرة الدراسات العليا

الموضوع: تأثير العوامل الاجتماعية والديموغرافية على
وفيات الأطفال الرضع (0 – 1 سنة)
دراسة ميدانية بالمركزي الاستشفائي الجامعيين
مصطفى باشا وبني مسوس الجزائر

إن هذه الاستمارة تدخل في إطار إجراء بحث علمـــي لتحضـــير رســـالة الماجستير في علم الاجتماع تخصص ديموغرافيا فالرجاء منكم مساعدتنا لإنجـــاز هذه الدراسة بالإجابة على الأسئلة بدقة ووضوح ضع علامة (X) فـــي الخانـــة المناسبة

تقبلـــــوا مـــنا جزيل الشكـــر والتقـــديـــر

استمارة بحث

*التعريف:

1/الرقم التسلسلي :.....

- رقم الحي : .....

- عنوان البيت : .....

*الخصائص الإجتماعية :

2/ الحالة الزوجية للأم.

أم عازبة ☐ متزوجة ☐ أرملة ☐ مطلقة ☐ منفصلة ☐

- هل ذخلتي المدرسة ؟

نعم ☐ لا ☐

3/ ماهو مستواك التعليمي؟

أمية ☐ تقرأ وتكتب ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ عالي ☐

4/ الحالة المهنية والفردية؟

عاملة ☐ غير عاملة ☐

المهنة التي تمارسها ؟ .....

5/ كم كان سنك عند الزواج ؟ /.../.../

6/ هل هناك قرابة بين الزوجين ؟

نعم ☐ لا ☐

7/ ما المستوى التعليمي للزوج

أمي ☐ يقرأ ويكتب ☐ إبتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

هل هو حاليا عامل أو بطال؟

إذا كان عاملا ما المهنة التي يمارسها ؟.....

* *الخصائص الإقتصادية :*

I/ سهولة العلاج :

8/ ماهو أقرب مكان صحي لمنزلك؟ .....

.....

وما هي مسافته ببيتك ؟:

_ أقل من 100 م ☐

_ بين 100 و 500 م ☐

_ بين1 و 2 كلم ☐

_ بين2 و 5 كلم ☐

_ بين5 و10 كلم ☐

_ أكثرمن10 كلم ☐

II / مميزات السكن :

9/ نوع السكن :

شقة ☐ . فيلا ☐ . بيت قصديري ☐ . حوش ☐ . آخر ☐

في حالة إختيار لنوع السكن ما مدة إقامتكم بهذا السكن ؟

../../..

10/ كم عدد غرف مسكنك الحالي بإستثناء الحمام والمطبخ ؟

../../..

11/ هل أنتم مقيمون في هذا المسكن بمفردكم ؟

نعم ☐ لا ☐

_ إذا كانت الإجابة بلا ماعدد الأفراد المقيمين بمسكنكم ؟

../.../...

_ من هم الأشخاص المقيمين بنس المسكن ؟

_ أم الزوج فقط ☐

_ اب الزوج فقط ☐

_ الإثنان معا ☐

_ أهل الزوجة ☐

_ أخر ☐

12/ ما هي الحاجات التي تملكونها في المسكن ؟

أ) المرحاض ☐ , المرحاض + الحمام ☐ , مرحاض جماعي ☐ , لاشيئ ☐

ب) الكهرباء ☐ , الكهرباء + الغاز ☐ , الكهرباء + الغاز + الهاتف ☐ , لاشيئ ☐

III/ *الـدخل الـعـائـلـي:*

13/ لأي صنف من الأصناف التالية ينتمي مرتبكم الشهري؟

أقل من 6000 دينار ☐

من 6000 إلى 10000 دينار ☐

من 10000 إلى 15000 دينار ☐

من 15000 إلى 20000 دينار ☐

أكثر من 20000 دينار ☐

** الخصائص الديموغرافية :*

I/ معلومات حول الولادات السابقة

الأجوبة على الأسئلة لا تخص الولادة الأخيرة

14/ كم عدد الحمل حتى الآن ؟ /..../..../

15/ هل كان الحمل الأخير مرغوب فيه ؟

نعم ☐ لا ☐

16/ كم هو سن الأطفال بالترتيب ؟..... .....

.....

17/ ماهي المدة الزمنية بين الولادتين الأخيرتين ؟

/..../..../

18/ هل سبق لكي و أن أجهضتي :

نعم ☐ لا ☐

-إذا كانت الإجابة بنعم كم كان عدد الإجهاض ؟

/.../..../

19/ هل لديك أطفال ولدوا متوفين ؟

نعم ☐ لا ☐

20/ هل لديك أطفال متوفين قبل إتمام السنة من العمر

نعم ☐ لا ☐

- إذا كانت الإجابة بنعم ما هو عددهم

II/صحة الأم :

21/ خلال فترة الحمل الأخيرة هل تلقيتي متابعة صحية

نعم ☐ لا ☐

- في حالة الإجابة بنعم هل كانت المتابعة من طرف :

طبيب مختص ☐ قابلة ☐ ممرضة ☐ شخص اخر ☐

* في حالة الإجابة بلا أذكرى الأساليب ؟

.....

22/ كم من زيارة طبية تمتي بها خلال فترة الحمل ؟

الثلاثي الأول ☐ الثلاثي الثاني ☐ الثلاثي الثالث ☐

23/ هل اصيبت بمرض أثناء الحمل ؟

نعم ☐ لا ☐

-في حالة الإجابة بنعم ما هو ؟ .....

- هل تلقيت علاجا لهذا المرض ؟ .....

نعم ☐ لا ☐

24/ هل سبق لك و أن وضعتي مولودك قبل أوانه ؟

نعم ☐ لا ☐

- في حالة الإجابة بنعم حددي المدة الزمنية بالشهور ؟

6 أشهر ☐ 7 أشهر ☐ 8 أشهر ☐

25/ أين تمت عملية الولادة ؟

المستشفى ☐ العيادة ☐ البيت ☐

26/ في أي ظروف تمت هذه العملية ؟

في ظروف سيئة ☐ في ظروف حسنة ☐

III/ صحة الطفل :

27/ ولد طفلك

قبل الموعد ☐ في الموعد ☐ بعد الموعد ☐

- إذا كانت الولادة قبل الموعد حددي هذه الأخيرة بالأشهر ؟

- هل خضع الطفل للإنعاش ؟

نعم ☐ لا ☐

- هل كان وزن طفلك عند الولادة :

- أقل من 2,500 ☐
- من 2,500 إلى 3,000 كلغ ☐
- من 3,000 إلى 3,500 كلغ ☐
- أكثر 3,500 ☐

28/ هل كانت عملية الرضاعةفي الساعات الأولى من الحياة

نعم ☐ لا ☐

29/ هل كانت الرضاعة

طبيعية ☐ اصطناعية ☐ الإثنين معا ☐

- إذا كانت اصطناعية أذكري الأسباب ؟

.....

30/ هل تعرض طفلك لمشكل صحي مباشرة بعد الولادة ، دعا على إثره إلى المستشفى ؟

نعم ☐ لا ☐

في حالة الإجابة بنعم ما أسباب ذلك ؟

.....

IV/ خصائص الوفاة :

31/ ما هو تاريخ الوفاة : /../../ ، /../../ ، /../../

- عمر الوفاة بالشهور (المتوفي) /../../

- إذا كان العمر أقل من شهر . ما هو عمر المتوفي بالأيام ؟ /../../

- و إذا كان عمر المتوفي أقل من يوم حددي بالساعة ؟ /.../

32/ ما هو مكان الوفاة ؟

المستشفى ☐ البيت ☐

33/ هل تنوين الإنجاب ؟

نعم ☐ لا ☐

- إذا كانت الإجابة بلا ؟ لماذا ؟ .....

- إذا كانت الإجابة بنعم ، هل تفضلين أن يكون المولود ،

ذكر ☐ الأنثى ☐

34/ هل تستعملين وسائل منع الحمل ؟

نعم ☐ لا ☐

- إذا كانت الإجابة بنعم ما هي الوسيلة المستعملة .

.....

- إذا كانت الإجابة بلا ، لماذا لا ؟

.....

وزارة التعليـــم العالـي والبحـــــث العلـــــمي

جامعة الجزائر
معهد علم الاجتماع
دائرة الدراسات العليا

الموضوع: تأثير العوامل الاجتماعية والديموغرافية على
وفيات الأطفال الرضع (0 – 1 سنة)
دراسة ميدانية بالمركزي الاستشفائي الجامعي
مصطفى باشا خلال سنوات 1998/1995

إستمارة خاصة بدراسة الملفات

I/ – بطاقة خاصة بالملف :

1- رقم الملف : .....

2- الإسم و اللقب الطفل الرضيع : .....

3- الجنس :

ذكر ☐ أنثى ☐

4- العمر :

بالأشهر : \ .... \ .... \

بالأيام : \ .... \ .... \

بالساعات: \ .... \ .... \

5- تاريخ الدخول إلى المستشفى : \ .... \ .... \ ,\ .... \ .... \ , \ .... \ .... \

6- تاريخ الميلاد : \..... \..... \.....

7- مكان الميلاد : .....

8- تاريخ الوفاة : .....

9- العنوان الشخصي : .....

.....

10- تشخيص المرض : .....

– سبب الوفاة :

مباشر ☐ غير مباشر ☐ .

II/ الحالة العائلية :

11- الإسم و اللقب (الأب) : .....

12- السن : .....

13- المستوى التعليمي :

يقرأ و يكتب ☐ ، ابتدائي ☐ ، متوسط ☐ ☐ ، عالي ☐

14- المهنة : .....

15- الحالة الصحية : .....

حسنة ☐ ، مشكل صحي ☐

16- الإسم و اللقب (الأم)

17- السن : .....

18- المستوى التعليمي :

يقرأ و يكتب ☐ ، ابتدائي ☐ ، متوسط ☐ ، ثانوي ☐ ، عالي ☐

19- المهنة : .....

20- الحالة الصحية :

جيدة ☐ ، مشكل صحي : ☐

21- كم عدد الحمل : .....

22- كم عدد الوضع : .....

23- عدد الإجهاضات : .....

24- عدد المواليد الميتة : .....

III/ بطاقة خاصة بالطفل :

25- رتبة الطفل المتوفي بين إخوته : .....

26- الوضعية الصحية لإخوته : .....

27- مكان الولادة :

المستشفى ☐ ، العيادة ☐ ، البيت ☐

28- نوعية الولادة :

عادية ☐ مبتسرة ☐

a térme ☐ Prématuré ☐

- إذا كانت مبتسرة حدد الفترة ؟ .....

29- نوعية الرضاعة :

طبيعية ☐ ، اصطناعية ☐ ، مزدوجة ☐

- إذا كانت الرضاعة طبيعية حدد المدة : .....

- إذا كانت اصطناعية حدد المدة : .....

30- القرابة الزوجية :

- من الدرجة الأولى ☐

- من الدرجة الثانية ☐

- منعدمة ☐

31- التلقيح بـ B.C.G :

نعم ☐ ، لا ☐

ملحـــــق رقم (3)

مثـــال تطبيقـــي كـــاى:

دراسة العلاقة بين المستوى التعليمي للأمهات ولمتابعة الصحية للأمهات أثناء الحمل، الجدول رقم ( )

1)- درجة الحرية = 4 عند المستوى الدلالة 0.05

= 9.488

ك تجريبية	ك النظرية	ك- ك'	(ك – ك')^2	(ك – ك')^2/ ك'
2	4.81	2.81	7.89	1.64
4	1.18	2.82	7.95	6.73
11	12.08	1.03	1.60	0.08
4	2.96	1.04	1.08	0.36
14	13.64	0.36	0.13	0.01
3	3.35	0.35	0.12	0.03
22	20.06	1.94	3.76	0.18
3	4.93	1.93	3.72	0.75
12	10.43	1.57	2.46	0.23
1	2.56	1.56	2.43	0.95
				10.96

المركز الاستشفائي الجامعي بالجزائر الوسطى
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE D'ALGER CENTRE
HOPITAL MUSTAPHA

DOSSIER N°

CLINIQUE MEDICALE INFANTILE

Professeur : .....

NOM | | | | | | | | | | Sexe | | Salle | | Lit N° | |

Prénoms ..... Age .....

Date de naissance | | | | | Lieu .....

Adresse actuelle .....

.....

.....

Profession du père .....

Adressé par .....

.....

Observation prise par .....

Médecin : .....

Entré... le .....

Sorti... le .....

Hospitalisations antérieures : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DIAGNOSTIC : .....

.....

.....

.....

.....

.....

N° Int.

CLASSEMENT

SOMMAIRE DE L'OBSERVATION : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

K 22

[illegible] I O N S

[illegible]

Vu et [illegible] parents :

[illegible]

[illegible]

ANTECEDENTS :

1) HEREDITAIRES :

- Père (Profession, [illegible]
- Mère (Grossesse, [illegible]
- Fratrie [illegible]

2) PERSONNELS :

Poids de naissance

VACCINATIONS :

ALLAITEMENT :

1ers Pas [illegible] 1ers Sourire [illegible] 1ers Mots [illegible]

EXAMEN

Poids [illegible] Taill [illegible] P.C. [illegible] T° [illegible]

Développement Psycho-Moteur :

Aspect général

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE : .....

T. A. | |

Pouls |

APPAREIL RESPIRATOIRE : .....

APPAREIL DIGESTIF (FOIE) : .....

SYSTEME LYMPHO-GANGLIONNAIRE : .....

APPAREIL OSTEO-ARTICULAIRE : .....

SYSTEME NERVEUX : .....

APPAREIL GENITO-URINAIRE : .....

O.R.L. — YEUX : .....

TEGUMENTS : .....

AUTRES SIGNES : .....

CONCLUSIONS :

EVOLUTION :

DATE

خريطة : المركز الاستشفائي الجامعي د: مصطفى باشا

الجزائر